LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

LE MENSUEL DES PROFESSIONNELS



Troubles du comportement chez la personne âgée

Le dépistage des violences conjugales

Victimologie Groupe de parole après un événement traumatique

Traces de vie et histoires de nuit Entretien avec Martine Lani-Bayle

DOSSIER

De la précarité à l'exclusion : Quel soutien psychologique ?

N°312 Novembre 2013

DOM/S : 7,50 € – BEL : 7,40 € – MAR : 75 Mad
N CAL/S : 890 cfp – POL/S : 950 cfp – MAY : 7,90 €

martin média

L 17653 - 312 S - F: 6,50 € - RD

ÉDITO

PATRICK CONRATH
DELPHINE GOETGHELUCK

Enfermés dehors

La précarité fait partie de la condition humaine. La vie elle-même est touchée, conditionnée par la précarité, ce qui justifie, dès la naissance, la nécessité de l'entourage, de l'éducation, de la relation, de la présence de l'autre.

Le paradoxe de l'individu en situation de précarité, c'est qu'il est fondamentalement éloigné des systèmes et des dispositifs dont il a le plus besoin. Éloigné par sa situation sociale, mais aussi éloigné par sa situation psychique, par les mécanismes de désaffiliation qui font que le précaire, en raison de sa fragilité intrinsèque, incorpore cette coupure d'avec l'autre. Plus on a besoin de l'autre, plus il est difficile de le penser, de se le représenter comme un semblable. Ce que certains, comme Jean Furtos ou Patrick Declerck, ont qualifié d'« *auto-exclusion* ».

Cela a été bien compris par les dispositifs sociaux qui vont au-devant des personnes démunies ou qui les rapprochent à tout le moins des dispositifs d'aide et d'accueil.

Le domaine de la précarité est peut-être celui où les travaux de réflexion, comme ceux qui sont exposés dans ce dossier, les travaux de recherche, notamment en sociologie, sont les plus convergents avec la réalité du terrain et l'action telle qu'elle est déployée par un grand nombre d'associations.

Pourtant, l'actualité et les mouvements de rejet qui s'amplifient imposent la question suivante : pourquoi, alors que la lutte contre la précarité dont la légitimité des actions n'est plus à démontrer et qu'elle semble corroborée par ceux qui la pensent et ceux qui agissent, est-elle remise en question par des réflexes pour le moins primaires qui consistent à ne pas voir, donc à rejeter, encore plus ceux qui sont déjà exclus ?

Cette fragilité de la solidarité consiste-t-elle à ne pas voir ce qui pourrait nous arriver ? S'agit-il d'une peur de la contagion du phénomène de la précarisation, renforcée par la précarité dans le domaine de l'emploi qui devient parfois la norme dans certains pays ?

Il y a ceux qui sont sans abri, mais aussi ceux qui risquent de l'être, ceux qui sont vulnérables, qui risquent d'être déclassés du jour au lendemain. Au sujet de la démocratie, Claude Lefort parle de « *la dissolution des repères de la certitude* ». Et on peut, en effet, s'interroger sur la manière dont les individus et les groupes peuvent faire avec cette incertitude qui traverse l'ensemble du champ social et ébranle le psychisme de chacun.

Ce qui est précaire, au-delà de la fragilité de l'insertion sociale, c'est l'inscription dans la durée, l'élaboration d'un projet de vie et aussi son propre rapport à ses traces mémorielles qui se dissout dans l'inquiétude du temps présent. Accepter de s'interroger sur la précarité et l'exclusion qui souvent en découle, c'est accepter de repenser les catégories de l'exclusion, d'en accepter aussi la complexité.

Pourtant, l'exclu n'est pas contagieux, il ne va pas nous entraîner vers la précarité, bien au contraire. Si l'on accepte de refaire du lien, et donc de recréer les dispositifs qui le permettent, d'entretenir ce lien et d'aider à sortir de l'enfermement de la précarité, alors l'exclu, ou la personne en risque de l'être, peut nous aider, au-delà de l'aide qu'on lui apporte, à retrouver notre vraie place dans la société.



SOM

N° 312
NOVEMBRE 2012



16

DOSSIER

De la précarité à l'exclusion : quel soutien psychologique ?

MAIRE





Le Journal des psychologues est édité par MARTIN MEDIA SAS au capital de 150 000 € 55800 Revigny-sur-Ornain

Directeur de publication : Arnaud Habrant

Directeur des rédactions : Charles Hervis

Directeur Marketing - Partenariat : Stéphane Sorin (marketing@martinmedia.fr)

Administration, abonnements, éditions : 10, avenue Victor-Hugo CS 60051 – 55800 Revigny-sur-Ornain Tél. : 03 29 70 56 33 – Fax : 03 29 70 57 44

Diffusion MLP, vente au numéro et réassort : Mylène Muller – Tél. : 03 29 70 56 33 Commission paritaire : n° 1216T81040 – ISSN 0752-501 X Dépôt légal à parutionx

Impression : Corlet Roto – Ambrières-les-Vallées

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES
Site Internet : www.jdpsychologues.fr

Rédacteurs en chef : Patrick Conrath, Delphine Goetgheluck

Secrétaire de rédaction : Frédérique Kerfant-Delamotte

Secrétaire de rédaction adjointe : Véronique Haguenauer

Correctrice : Françoise Martin-Borret

Comité de rédaction : Henri-Pierre Bass, Norbert Bon, Dana Castro, Patrick Conrath, Geneviève Djenati, Alix Foulard, Delphine Goetgheluck, Isam Idris, Frédérique Kerfant-Delamotte, Claude Lemoine, Claudine Le Foyer de Costil, François Marty, Didier Mauger, Serge Raymond, Clément Rizet, Maryse Siksou, Claude Tapia

Culture : Miguel de Azambuja et Florian Houssier

Seuls les articles qui n'ont fait l'objet d'aucune publication, y compris sur Internet, sont acceptés. Les articles signés sont publiés, après accord de la rédaction, sous la responsabilité de leurs auteurs.

Création graphique : Eden Studio

PAO et CV1 : Gaëtan Melillo

Publicité : Frédérique Kerfant-Delamotte Courriel : f.kerfant@martinmedia.fr

L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent pas l'approbation des services rendus. La direction se réserve le droit de refuser toute insertion publicitaire, sans avoir à justifier sa décision.

Crédits photographiques : CV 1 : Fotosearch – p. 19, p. 31 : Canstock – pp. 24-25 : BSIP – pp. 36-37 : Photononstop – p. 41, pp. 56-57, p. 73 : Getty Images – pp. 45-51 : Galerie Noir et Blanc – p. 61 : Corbis

Fondateur : Armand Touati

Pour joindre la rédaction : Tél. : 01 53 38 46 46 – Fax : 01 53 38 46 40 Courriel : jdp@martinmedia.fr

Adresses postales :
• Rédaction en chef : 5, rue des Allumettes 13090 Aix en Provence
• Secrétariat de rédaction : 50, ter, rue de Malte 75011 Paris

HOMMAGE À… OPHÉLIA AVRON

Ophélia Avron nous a quittés avec discrétion le 2 octobre 2013. Elle était, depuis plusieurs décennies, l'une des figures centrales, en France, de l'approche clinique et théorique des groupes, et ses travaux étaient connus sur le plan international. Membre titulaire de la Société psychanalytique de Paris, enseignante en psychologie à l'université Paris-VII, elle fut la directrice de l'Institut de formation des psychologues cliniciens, filière de troisième cycle universitaire créé dans les années 1970-1980, où elle put, avec rigueur et dynamisme, sensibiliser les psychologues à l'abord des prises en charge groupales, notamment par le psychodrame et les conduites de réunions, mais aussi par la recherche de la mise en place de diverses médiations thérapeutiques, où elle excellait à faire advenir chez l'autre son propre potentiel créateur.
Fine connaisseuse de l'œuvre de Wilfred R. Bion et de René Kaës, elle fut, à partir de 1996, présidente de la Société de psychothérapie psychanalytique de groupe. Ophélia Avron n'était pas seulement une clinicienne douée d'un grand *insight* clinique et à l'écoute de la présence de l'autre qu'elle accompagnait avec bienveillance et avec confiance dans son parcours, elle était aussi une humaniste appréciée pour ses qualités personnelles empreintes d'une grande tolérance.
Épouse de Philippe Avron, homme de théâtre connu pour ses rôles dans le répertoire tragique, aux débuts du Théâtre national populaire de Jean Vilar, elle formait avec lui un couple unique où la « poétique de l'existence » prenait tout son sens. Ils resteront pour tous ceux qui les ont côtoyés une référence et un exemple.

Henri-Pierre Bass

Parmi l'ensemble de ses publications, on retiendra, chez Érès : l'ouvrage *La Pensée scénique. Groupe et psychodrame*, publié en 2004, et l'article « L'influence de Bion sur ma clinique et sa conceptualisation : écouter et supporter l'inachèvement », publié en 2009 dans la *Revue française de psychothérapie psychanalytique de groupe, 52* : 19-29.

TRIBUNE LIBRE

Urgences, violences, silences !

Patrick Pelloux, médecin urgentiste au Samu de Paris, dans un entretien à *Libération*, en septembre 2013, donnait pour explication à la violence qui règne en ces lieux « *le fait de tensions entre le personnel et les malades dues au manque de moyens et à l'attente des intervenants* ».
Cette explication, renvoyant au factuel, nous paraît tout à fait insuffisante pour expliquer cette violence qui se déploie dans les services des urgences.
Comme toute activité humaine, la référence à la parole et au langage serait plus fructueuse.
Certes, comme l'évoque Éric Roupie, professeur et chef de pôle des urgences au CHU de Caen, la violence à l'hôpital, c'est « *le reflet de la société* » (*Ouest France* du 25.09.2013).
Menaces physiques, insultes par les patients et les familles sont monnaie courante et gagnent l'ensemble des services. Il n'y a plus, aujourd'hui, d'autorité supposée savoir, capable d'empêcher cette agressivité de se répandre.
« *Les patients ont le sentiment que le personnel ne s'occupe pas d'eux* », et le professeur évoque à juste titre que « *le temps médical n'est pas le même que le temps du patient et de la famille* ». Comment les rapprocher, justement, si ce n'est dans un dialogue avec les uns et les autres ?
Ces deux éminents spécialistes (dont il faut louer la technique médicale) ne peuvent se rendre compte qu'ils sont déterminés par le discours médical, lui-même articulé, voire confondu, à la science, qui se constitue justement par la mise à l'écart de la parole, du dialogue et de la subjectivité. Simultanément, la médecine est devenue opératoire, mais au prix d'une déshumanisation radicale. Et le silence que cette faille « épistémosomatique » produit autour de l'acte médical est à l'origine de la violence qui s'y déploie de plus en plus.
Vous pouvez entrer aux urgences en début d'après-midi, être pris en charge médicalement avec compétence et, pour autant, n'avoir ni explication ni information.
Après un certain temps, vous essayez d'interpeller quelqu'un, effectivement dans l'activité et l'action, sans obtenir de réponses à vos questions.
On peut observer que des médecins passent devant les lits sans regard ni parole. Les infirmières (par mimétisme ?) vous prennent tension et température, sans mot dire. C'est à ce moment que, telle une marée montante, la tension envahit peu à peu le service et que des propos désagréables fusent, que l'énervement gagne les familles et que des conduites agressives se mettent en scène.
Ces questions sont d'ailleurs en débat ; je le tiens d'une cadre de santé qui m'a confié : « *Cela fait plusieurs années que je leur dis de dire quelques mots ou de donner quelques explications.* »
Il est peut-être temps de renverser l'unicité médecine / science et d'articuler la médecine avec le champ de la parole au-delà de l'idéologie scientiste et de l'activisme toujours mis en avant qui peuvent servir de pare-angoisse.
Dès lors, loin d'une réduction à la factualité, quelles pratiques mettre en œuvre qui prennent en compte l'interdisciplinarité, le dialogue et les effets de la parole ?
Peut-il y avoir des services d'urgences sans groupes de parole où peuvent s'évoquer peurs, angoisses, relations difficiles avec les uns et les autres ? où peuvent s'analyser les attitudes soignantes déterminées par la mise en acte de la toute-puissance du savoir ?

Georges Schopp
Psychologue clinicien, psychanalyste

LE POINT DE VUE DE…
CLAUDE LEMOINE



Interdire, punir : l'ineptie du conditionnement social

Les hauts fonctionnaires, et maintenant la plupart des politiques et des économistes, sont issus des grandes écoles, ont passé des concours difficiles et ont montré une intelligence supérieure à la moyenne. Et, pourtant, c'est assez étonnant, dès qu'il s'agit de traiter des phénomènes collectifs, ils utilisent des schémas mentaux en deçà du certificat d'études d'antan. En effet, dans le but de réguler le fonctionnement social d'un nombre élevé de citoyens, ils ne cessent de faire appel aux conditionnements les plus primaires : interdire de faire et punir les infractions aux règles qu'ils ont édictées. Les exemples sont malheureusement pléthore.

La sécurité routière est sans doute le plus beau fleuron de cette boulimie d'interdits en tout genre. L'ancien code de la route exposait explicitement que tout conducteur devait adapter sa vitesse aux circonstances, ce qui était un appel au bon sens et au savoir-faire de tout chauffeur qui avait appris à conduire. Mais, depuis, tout responsable vertueux se pique d'ajouter des règles générales rigides qui ne peuvent, en aucun cas, être modulées. Et, pour les faire appliquer, les modes de détection des infractions même légères et sans danger se sont multipliés, afin de verbaliser le justiciable. Si bien qu'à l'heure du tout informatique, les panneaux de limitation de vitesse restent fixes*, les feux restent rouges, qu'il y ait du monde ou non, et les obstacles de ralentissement, inertes, se multiplient, qu'il faille ou non ralentir pour protéger quelqu'un, transformant la voirie en circuit de *gymkhana* avec bosses et créant même le danger en cas de brouillard. De plus en plus, on trouve des limitations à 30 km à l'heure, vitesse trop grande s'il y a du monde, contrainte inutile s'il n'y a personne et aubaine pour les flashs suivis de procès-verbaux, surtout quand il n'y a pas école. Comme si la sophistication technique ne visait que les sanctions ou renforcements négatifs et ne pouvait être utilisée pour faciliter et moduler le trafic.

On pourrait trouver bien d'autres exemples, comme dans le domaine de la délinquance ou de la répression des drogues, mais ce qui les réunit relève d'un fonctionnement social uniquement fondé sur un processus de conditionnement. Cela part du principe que tout citoyen, danger potentiel, ne sait ni s'autoréguler ni s'adapter avec intelligence, et qu'il doit apprendre uniquement par stimulations négatives, comme à la belle époque des petits rats de laboratoire. Déjà contestable pour ces animaux en fait très futés, ce modèle s'est répandu comme une traînée de poudre et s'est appliqué à l'homme pour la gestion de la société et des civilités.

On ne pourra plus dire que l'impact de la psychologie est faible, mais c'est seulement une psychologie du comportement qui domine et revient au galop, une psychologie par le bas, *a minima*, puisqu'elle ne s'occupe ni du fonctionnement interne ni des dynamiques psychologiques. Elle s'intéresse uniquement aux effets obtenus à partir d'incitations externes, réduites le plus souvent à des interdictions suivies de punitions diverses, s'appuyant de plus en plus sur des machines automatiques programmées avec tolérance zéro. Les règlements de plus en plus nombreux, impersonnels, peu compréhensibles, excessifs et peu efficaces pour gérer une dangerosité supposée, ne font que renforcer l'ordre bureaucratique. Même le garde champêtre d'hier, à cheval sur les interdictions, répétant à l'envi « le règlement, c'est le règlement », n'était rien à côté de la prolifération des interdits gérés par conditionnement et punitions consécutives.

Ce schéma est en opposition avec les connaissances sur la pédagogie de l'éducation et sur les processus d'adhésion à un groupe social. Il renforce surtout la domination et l'emprise des institutions sur les individus, infantilisés et ponctionnés. Il tend à déconnecter encore davantage les « élites » dirigeantes de la population qui a l'impression d'être cernée, étouffée, comme dans un carcan, par la multiplication des règlements contraignants, hostiles et peu adaptés.

C'est une conception étriquée qui révèle la difficulté des pouvoirs publics de gérer les grands nombres à partir du seul renforcement des réglementations. Elle considère aveuglément tout individu comme incapable de se conduire par lui-même, de faire preuve de sens social, de défendre le bien commun, et le confine dans un rôle de soumission passive qui provoque l'atonie ou parfois la rébellion. L'éducation sociale fondée sur le bâton enferme l'individu dans un monde de règles sans issue ni perspective. Elle est le contraire d'une conception ouverte, d'un apprentissage à la vie sociale responsable, d'une formation citoyenne.

* Ils ne le sont pas sur les autoroutes allemandes où ils servent à réguler le flux de circulation.

COLLOQUE

Compte-rendu

Le Risque

Anticiper, prévenir, traiter, accompagner

XIVe Colloque
Médecine et Psychanalyse
Les 27 et 28 septembre 2013, à Paris
Sous la direction de Danièle Brun et organisé par le centre de recherches « Psychanalyse, médecine et société » de l'université Paris-VII-Denis-Diderot.
www.medpsycha.org

Comme toujours dans les colloques organisés par le professeur Danièle Brun, le fait que des intervenants d'horizons différents – des médecins spécialistes ou généralistes, des psychologues, des psychanalystes, des juristes ou encore des historiens – se retrouvent à réfléchir et à échanger en commun sur un thème choisi favorise, par la diversité de ces regards et de ces points de vue sollicités, une grande richesse d'approfondissement de la pensée.

Ces XIVes Rencontres n'y ont pas fait exception, tant par la qualité des différentes interventions en plénière que par celle des ateliers d'échange sur les pratiques qui ont tous permis d'aborder, sous différents angles, la question du « facteur de risque ».

Tous, psychologues cliniciens et psychanalystes exerçant dans le champ de la santé psychique, et *a fortiori* dans l'espace médical, ne peuvent faire l'économie de s'interroger sur le cadre institutionnel de leur champ de travail et sur les différents risques que leur action est susceptible d'engendrer dans ces diverses prises en charge et interventions. En tout premier lieu, nous pouvons avancer le risque de la parole et de ses effets de résonance dans l'histoire d'un sujet. Dans l'espace médical, les facteurs de risque ne peuvent être minimisés, et tout particulièrement dans le domaine de l'information médicale.

Nous ne pouvons ici développer en détail la richesse des points de vue clinique et théorique des nombreux échanges qui se sont tenus sur le sujet. Le lecteur pourra néanmoins se reporter avec profit à l'ouvrage qui en rend compte *.

Nous retiendrons l'apport croisé de deux interventions qui ouvrent à des dimensions éthiques majeures que soulève le questionnement des facteurs de risque. La première est celle du professeur René Frydman concernant les risques de complications à la naissance. « *Ceux-ci font miroiter des possibilités inouïes de transformations artificielles du corps humain, laissant se profiler à l'horizon les utopies des sociétés postmortelles, voire posthumanité.* » Le risque de ce nouveau pouvoir de la naissance se pose ici avec urgence. L'accepter ou le contrôler, telle est la réflexion à poursuivre. Vouloir combattre les anciens risques dans une visée obsessive de perfection et de pureté fait surgir, dit-il, des risques inconnus qui ont tous trait au relationnel, dans le sens du lien avec l'autre, dans ce qui peut être remis en question et qui reste fondamental : l'indépendance et la liberté de chacun.

La seconde intervention à souligner est celle du professeur Marie Rose Moro sur le thème du « *risque de déliaisons à l'adolescence dans une société multiculturelle* ». En évoquant les travaux sur les adolescents, enfants de migrants, elle souligne combien les thérapeutes se doivent de prendre le risque éthique d'observer les choses à partir de l'intime, du dedans, de l'infiniment petit des ratés des transmissions interne et externe à ces sujets, afin qu'ils puissent être dans un processus d'inscription et non d'assimilation, ce qui procède d'une éthique, conduisant à un plaidoyer pour une certaine anormalité, selon les termes employés dans un autre domaine par Joyce Mac Dougall. La position interne étant pourtant la même : tolérer la clinique qui se doit, dans des situations limites, de laisser des espaces de négociation avec l'altérité en soi, des espaces de jeu et de différence, pour éviter trop de douleur ou trop de violence faite à l'autre.

Ces deux interventions ont ainsi posé une position clinique et politique. Celle de laisser la place aux rêves et aux utopies. C'est le risque à prendre pour ne point sombrer dans un monde non humain.

C'est ce qu'a illustré ce colloque... et tout clinicien y trouvera matière à réflexion.

Henri-Pierre Bass

* Les actes peuvent être commandés par courriel : agnes.cousin@medpsycha.org ou sur le site : www.medpsycha.org

Résilience et relations humaines

Famille, Institution, Entreprise, Cultures

Colloque de la Ligue française pour la santé mentale

Les 16 et 17 décembre

Espace Reuilly – 21, rue Hénard – 75012 Paris

www.lfsm.org

La résilience est un de ces concepts qui divise le plus les spécialistes de la psyché : il a ses fervents partisans, mais aussi ses irréductibles détracteurs. Sa médiatisation y est sans doute pour quelque chose, mais il y a au moins un point sur lequel tout le monde peut s'accorder : c'est son extraordinaire possibilité de mettre au travail des spécialistes de tout bord et, par conséquent, d'élargir le questionnement à partir de disciplines très diverses.

C'est cette transversalité qu'exposera dans son introduction Boris Cyrulnik au cours du colloque des 16 et 17 décembre prochains, initié par la Ligue française de santé mentale. Malgré la florescence de journées consacrées à ce concept, une approche déployée autour des multiples incidences de la résilience dans des domaines divers est tout à fait opportune. En effet, on fait de la résilience une approche mâtinée de psychologie positive et, parfois même, une héritière de la méthode Coué. Certes, quelques développements un peu courts ont pu le laisser penser, mais nous n'en sommes plus là. Cette approche permettrait de faire face à des problèmes les plus contemporains qui soient et qui ont pour point commun la difficulté de survie dans le monde d'aujourd'hui.

À l'instar du « petit guide de survie » que relatera Jocelyn Aubut et qui décrit comment l'élaboration narrative dans ses multiples occurrences permet d'envisager une reconstruction possible des sens, mais aussi la transformation du trauma.

Toujours à propos du monde du travail, la perspective systémique est intéressante à prendre en compte dans la mesure où elle considère que la souffrance au travail n'est pas toujours consécutive à des problématiques individuelles, mais sont la conséquence d'un système qui dysfonctionne. Ainsi, Michel Debout et Luis Vasquez aborderont cette question en décrivant quatre phases qui entament chez le sujet ses potentialités résilientes. Pour eux, l'objectif n'est pas de repérer les personnes résilientes ou pas, mais d'avoir des espaces de communication dans les organisations et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles faisant de l'entreprise un lieu de résilience et non pas un lieu de désignation négative.

Cependant, la résilience peut se retrouver dans ce que Roland Coutanceau, organisateur du colloque, nomme les « *qualités cachées du psychisme* », potentialités pas toujours visibles, mais dont la lecture attentive permettrait de décrire les élaborations psychiques propres à chacun. On le verra, de multiples champs seront donc abordés pendant ces deux journées autour de la résilience. Certains sont particulièrement opératoires et parlants dans le contexte social actuel, comme l'approche de Rachid Bennegadi sur la compétence culturelle et l'immigration, sans pour autant oublier la vie affective et ses aléas, que ce soit à travers la problématique du couple (Philippe Brenot) ou celle de la famille (Michel Delage).

Tous les intervenants, quelle que soit leur orientation, tenteront d'élargir le regard porté sur la résilience et de mieux cerner les repérages proposés, qu'ils soient individuels ou groupaux. Afin, comme le dit Roland Coutanceau, de transcender le « *défi de l'impact traumatique* ».

Patrick Conrath

AGENDA

NOVEMBRE

Bruxelles
Le 12 novembre 2013

Suicides et familles

Colloque organisé par le Centre de prévention du suicide.

La famille est, en principe, l'espace de ressources privilégié, le lieu de prévention primaire.

Les orateurs partiront d'études récentes et de leur pratique pour aborder le suicide à travers les concepts d'appartenance, d'ancrage, de filiation et de transmission au sein des familles.

Aborder la question du suicide et de son impact sur l'économie familiale suppose également de s'arrêter sur les sentiments de solitude et d'impuissance qui traversent ses membres.

Enfin, la question du deuil après suicide et son impact sur la dynamique familiale présente et future sera, elle aussi, posée.

Lieu : Centre culturel d'Uccle

Renseignements :
Tél. : 02 650 08 69
Courriel : cps@preventionsuicide.be

Yaoundé (Cameroun)
Du 12 au 14 novembre 2013

La violence dans tous ses états

Colloque international pluridisciplinaire organisé par l'Association des psychologues cliniciens du Cameroun.

La violence est une réalité commune. Agie ou subie, elle s'exprime, se rencontre au fil des différentes phases de développement, dans les expériences singulières et collectives (guerre, catastrophes naturelles, accidents, etc.). Consubstantielle de la pulsion, manifeste ou latente, elle est au cœur de l'humain et des différentes institutions, dont il est à l'origine (famille, foyer, prison, etc.). Elle peut prendre des figures multiples et hétérogènes, s'inscrire du côté de la destructivité ou de la cruauté et, paradoxalement, être au service de la vie constituant ainsi une tentative de symbolisation.

Comment la violence traverse-t-elle les différents investissements des sujets, des groupes et des institutions, des cultures ? Comment sensibiliser le sujet et les différentes communautés à repérer et à évaluer le « fait » violent dans le but de prévenir la violence ? Au-delà de la question de la loi, est-il possible d'envisager le traitement des auteurs de violence ?

Renseignements :
Courriel : contact.apccameroun@gmail.com
Site : www.apc-cam.net

Noumé-Koné-Wé (Nouvelle-Calédonie)
Du 12 au 15 novembre 2013

Transformer la violence en Océanie
Sujet / famille / groupe / institution

Ier Congrès international de psychologie en Océanie organisé à l'initiative du collège des psychologues de Nouvelle-Calédonie.

Les cultures océaniennes sont réputées pour privilégier les liens sociaux, l'appartenance forte et le sens de la solidarité. Pour autant, une violence dont témoignent bien des écrivains océaniens impose sa réalité avec une insistance telle que l'on ne sait plus si elle est l'effet d'une situation anomique ou celle d'une norme implicite. Aussi, on ne saurait s'étonner d'observer, dans les champs de la santé mentale, de l'éducation, du handicap, du social et du travail, un malaise dans la culture, des crises identitaires qui apparaissent sans issue, des tentatives de suicide, des suicides, des formes exacerbées de la psychopathologie du quotidien, des passages à l'acte violents... Comment les comprendre ? Que veut-on dire quand on invoque le choc des cultures ou les ruptures entre tradition et hypermodernité ?

Lieu : Université de Nouvelle-Calédonie Nouméa, Koné et Lifou

Renseignements :
Tél. : 687 96 95 17
Courriel : copsync@gmail.com
Site : www.psychologues-nc.com

Bourges
Les 14 et 15 novembre 2013

Espaces de mobilité, espaces de liberté

IVe Congrès national des équipes mobiles de psychiatrie.

La postmodernité se caractérise par l'accélération du temps, la multiplication des échanges, en lien avec la mondialisation et le développement de nouvelles technologies. Nos sociétés deviennent des sociétés ouvertes, placées sous le signe de l'urgence et de l'instantanéité. Leur mode d'organisation privilégie la réactivité immédiate et circonstancielle, sur laquelle, au nom d'un principe de transparence, existe un impératif de communication. Cette nouvelle donne temporo-spatiale pourrait réduire d'autant l'espace psychique.

Dans le même temps que le mouvement semble s'épanouir, des formes de conservatisme et d'immobilisme se renforcent. Cette réduction du mouvement à la seule circulation monétaire peut empêcher toute mobilité, jusqu'à l'interrompre. C'est pourquoi son réinvestissement symbolique peut être proposé comme une modalité thérapeutique consistant à aller au plus près des usagers demandeurs, afin de lui donner un sens et une direction, pour l'inscrire dans une trajectoire historicisée, susceptible de transformation, et reprise dans une narration.

Lieu : Palais d'Auron

Renseignements :
Tél. : 02 48 67 25 00
Courriel :
michel.henin@ch-george-sand.fr
alain.vernet@ch-george-sand.fr
catherine.alexandre@ch-george-sand.fr

Bruxelles
Du 14 au 16 novembre 2013

Penser la psychose. Savoir et pratiques

IIe Congrès organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

Mondialisation débridée entraînant une précarisation matérielle et psychique croissante, crise(s) de nos sociétés postmodernes, injonctions d'efficacité, d'immédiateté et de performance, logiques sécuritaires, délitement collectif... ces différents phénomènes engendrent des transformations importantes de la norme et produisent des logiques d'exclusion et de déliaison.

Inventive, créative, souvent vue uniquement comme dangereuse et déficitaire, la psychose est une réponse de celui qui est débordé par sa rencontre avec le monde suscitant parfois des souffrances sans nom. Cette réponse aussi surprenante, inquiétante et désespérée soit-elle, a toujours un sens, fût-il à construire. Quelles sont les conditions anthropologiques et historiques de la psychose ? Comment traversent-elles le sujet singulier, la famille, le couple et les différents âges de la vie ? Comment les pratiques professionnelles en tiennent-elles compte pour penser la psychose et son accompagnement ?

Lieu : Centre culturel de Woluwe-Saint-Pierre

Renseignements :
Tél. : +32(0)2/511 55 43

Courriel : emessens@gmail.com
Site : www.lbfsm.be

Cergy-Pontoise

Les 15 et 16 novembre 2013

Adolescence et création
Nouveaux enjeux, nouvel en-je

Colloque organisé par l'hôpital de jour l'Esquisse, le centre hospitalier René-Dubos, Pontoise, Art'dolescence, Apostrophe, l'abbaye de Maubuisson, l'université de Cergy-Pontoise, le laboratoire CRPMS de l'université Paris-VII-Denis-Diderot.

À partir d'un dispositif où des artistes rencontrent les adolescents dans le cadre d'atelier sera interrogée la fonction possible de la création à l'adolescence. Dans quelle mesure ces ateliers artistiques portés par des artistes peuvent-ils, en étroite articulation avec le cadre thérapeutique, soutenir ce mouvement de remaniement psychique, afin de faire entrer l'adolescent dans la crise adolescente, et ce, par la crise créative potentiellement transgressive ? Comment ces pratiques artistiques permettent-elles de retisser du lien sur les scènes de l'hôpital, de l'école ou tout autre espace éducatif ou social ?

Lieu :

- *Le 15.11.13 : Université de Cergy-Pontoise, les Chênes 1 – salle de conférence*
- *Le 16.11.13 : L'Apostrophe – Théâtre des Louvrais – Pontoise*

Renseignements :
Tél. : 01 34 20 14 14
Courriel : reservation@lapostrophe.net
Site : www.lapostrophe.net

Paris

Le 16 novembre 2013

La douleur

Journée scientifique du laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse.

Intervenants : J. André, C. Azoulay, C. Chabert, M. Corcos, M. Emmanuelli, V. Estellon, B. Golse, S. Missonnier, F. Neau, A. Schniewind, B. Verdon.

Lieu : Faculté de médecine

Renseignements :
Estelle Georges-Chassot
Tél. : 01 46 04 74 35
Courriel : estelle@carnetpsy.com
Site : www.carnetpsy.com

Nice

Le 16 novembre 2013

La psychanalyse du bébé
Dialogues avec Clowyn Trévarthen

Journée organisée par le groupe méditerranéen de psychanalyse de la SPP et la *Monographie de la Revue française de psychanalyse.*

Journée de réflexion et d'échanges sur la représentation actuelle du monde subjectif et interpersonnel du bébé. Le bébé de la pulsion observé par la psychanalyse est-il le même que celui du relatif silence pulsionnel de la psychologie développementale ?

Intervenants : M. Boubli, M. Myquel, C. Trévarthen, L. Danon Boileau, J. Rochette, A. Calza, R. Prat.

Lieu : Hôpital Lenval – Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Auditorium, bât. central, 7e étage

Renseignements :
Courriel : groupemed.spp@free.fr

Paris

Les 16 et 17 novembre 2013

Les traumatismes dans la cure analytique
Bonnes et mauvaises rencontres avec le réel

43es Journées de l'École de la Cause freudienne.

Il y a une théorie spontanée du traumatisme. Face à l'impossible réalisé, le sujet est perdu, n'est plus celui qu'il était, ni pour lui-même ni pour les autres. Le symptôme éclate. La médecine, aidée de la science contemporaine, cherche alors une solution. C'est la réponse par effacement mémoriel – que tout puisse redevenir comme avant et que les hommes vaquent de nouveau à leurs occupations, comme l'exige l'impératif du lien social. Ça n'a pas eu lieu, parce que ça n'aurait pas dû avoir lieu. La question devient : comment vivre après le traumatisme sans le traumatisme ? La psychanalyse, au contraire, considère que le trauma a bien eu lieu, qu'il a modifié le sujet et qu'il se présente comme l'envers d'un acte. La réalité psychique ne coïncide aucunement avec la réalité objective, factuelle ou de discours. Plus encore, la notion de traumatisme exige une nouvelle définition du fait et de l'événement, congruente avec le sujet de l'inconscient. Sur ces points fixes, la machine à produire du sens s'emballe et s'épuise, affrontée à ce qu'aveuglément l'inconscient, réel, ne cesse de répéter. Quand ça se répète, à quelles conditions un « je » peut-il advenir ?

Lieu : Palais des congrès

Renseignements :
Tél. : 01 45 49 02 68
Site : www.causefreudienne.net

Paris

Les 16 et 17 novembre 2013

L'œdipe de la psychanalyse : mythe ou complexe ?

Journées d'études organisées par la Société de psychanalyse freudienne.

La maîtrise du complexe d'Œdipe permet certes le passage de l'organisation infantile de la libido aux liaisons sociales nécessaires. Mais, en 1931, Freud reconnaît la phase préœdipienne féminine et juge utile de revenir sur la thèse selon laquelle le complexe d'Œdipe est le noyau des névroses. À partir des années 1960, à l'instar de Winnicott, certains analystes anglo-saxons soutiennent qu'un nombre notable de personnes n'atteint pas le complexe d'Œdipe. Lacan critique l'idéologie œdipienne. Dans l'expérience psychanalytique, qu'est-ce qui peut être qualifié d'« œdipien » ? Aujourd'hui, que sont, dans la clinique et la théorie psychanalytique, les enjeux de la question œdipienne ?

Lieu : ASIEM

Renseignements :
Tél. : 01 43 22 12 13
Courriel : spsyfreudienne@orange.fr
Site : www.spf.asso.fr

Paris

Le 18 novembre 2013

L'inconscient, c'est la répétition

Cycle d'introduction de l'École de propédeutique à la connaissance de l'inconscient.

Cette première soirée du cycle est consacrée à cette notion de base essentielle qu'est la répétition. C'est, en effet, le processus qui caractérise le mieux le fonctionnement particulier de l'inconscient, ainsi que les problèmes qu'il nous pose.

Intervenant : J. D. Nasio

→

→ *Discutant : G. Bonnet*
Lieu : IFSI des Diaconesses, de 19 h 30 à 22 h

Renseignements :
Tél. : 01 43 07 89 26
Site : www.epci-paris.fr

Lille
Le 19 novembre 2013

Besoins, représentations, participation. Personnes accompagnées, familles et professionnels
Jusqu'où on s'en mêle / Jusqu'où on s'emmêle ?
Journée d'étude organisée par l'Établissement public départemental de soins, d'adaptation et d'éducation (EPDSAE).
Quels sont les enjeux d'une coopération entre personnes accompagnées, familles et professionnels dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ? Comment créer les conditions d'une réelle démocratie participative dans les établissements sociaux et médico-sociaux ? Comment mieux construire ensemble ? Comment passer de l'affirmation des droits des personnes accompagnées à leur effectivité ?
Dans le cadre de son 30e anniversaire, l'EPDSAE propose de questionner les pratiques d'aujourd'hui, de se nourrir d'expériences réussies pour penser des pistes d'action pour aider les personnes accompagnées à exercer pleinement leurs droits.
Lieu : Lille Grand Palais

Renseignements :
Tél. : 03 20 29 50 50
Courriel : 19novembre2013@epdsae.fr
Site : www.epdsae.fr

Bron
Le 22 novembre 2013

L'incontrôlable dans la clinique
IXe Journée des psychologues du Vinatier.
Clinique, la clinique, les cliniques… Il existe, aujourd'hui, différentes modalités de travail clinique, des approches multiples, individuelles ou groupales, des cadres, des références théoriques précis et variés, différentes théories du symptôme, du soin. Il faut pourtant constater que la clinique dans sa part de risque et d'imprévisibilité s'oppose dans le monde actuel à la position objectivante qui définit le soin par sa seule efficacité auprès d'une majorité présentant des symptômes similaires.
Il peut être difficile, dans cette multiplicité, de garder une identité de clinicien qui s'appuie sur la relation de personne à personne non substituable. Relayée par des instances de toutes sortes, la demande institutionnelle nous veut efficaces et rapides à obtenir des résultats. Ce vœu est louable, mais il rencontre la brutale réalité de la résistance de la maladie mentale prise comme message adressé au « monde ».
Dans un tel contexte, qu'en est-il de ce qui surgit et se découvre dans la rencontre clinique, de l'intime du patient à celui du soignant. Allons-nous tenter de le maîtriser ? La clinique serait-elle à contrôler, alors même qu'elle est censée accueillir l'incontrôlable de la vie psychique ?
Lieu : Centre social du centre hospitalier Le Vinatier

Renseignements :
Courriel : _college_psychologues@ch-le-vinatier.fr

Bron
Les 20 et 21 novembre 2013

Cinéma et psychiatrie du Vinatier
Les alternatives à l'hospitalisation
IIIes Journées Cinéma et psychiatrie.
Hôpitaux de jour, accueils familiaux thérapeutiques, centre d'activité à temps partiel, soins médiatisés… autant d'expériences, autant de films à découvrir.
Lieu : Ferme du Vinatier et Centre social du CH Le Vinatier

Renseignements :
Tél. : 04 37 91 50 23
Courriel : julie.guitard@ch-le-vinatier.fr

Parçay-Meslay
Les 21 et 22 novembre 2013

Adolescents auteurs de violences sexuelles et la famille
Colloque organisé par le Centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles et le CHRU de Tours.
Le « symptôme » allégué, l'agression sexuelle, constitue la porte d'entrée d'une explication des dysfonctionnements familiaux. Sur quelle évaluation repose-t-elle ? Y a-t-il des « types familiaux » prédisposants ? Comment les intervenants auprès d'adolescents agresseurs sexuels peuvent-ils prendre en compte ces éléments d'analyse dans leur travail d'élaboration de ces situations ? Quelles synergies développer entre les professionnels, à partir de leurs places respectives dans les processus judiciaires, d'accompagnement, de soin ?
Lieu : Maison des sports de Touraine

Renseignements :
Tél. : 02 18 37 05 98
Courriel : criavs.centre@chu-tours.fr
Site : www.criavs-centre.fr

Acigné
Les 21 et 22 novembre 2013

Couples de vieux et vieux couples
VIIes Rencontres de Psychologie et vieillissement.
Notre espérance de vie augmente, notre espoir de vieillir ensemble aussi, en couples multiples, uniques, différents, originaux… Comment nous, professionnels en gérontologie, devons-nous accueillir, accompagner, soutenir les projets de vie des ces « couples vieux » ? Projet d'établissement, vie quotidienne, retraite, intimité, architecture, sexualité, séparation, deuil, famille, financement… autant d'aspects de la question à prendre en compte.
Lieu : Salle de Triptik – La Lande Guérin

Renseignements :
Tél. : 02 99 54 94 68
Courriel : psychologie.vieillissement@wanadoo.fr
Site : www.psychogeronto.com

Clermont-Ferrand
Les 21 et 22 novembre 2013

Nouveau-nés, nouveaux bébés ?
Être bébé avec sa famille, dans sa culture et face au monde aujourd'hui
XVe Colloque international de la revue *L'Autre*.
Que devient la personne « bébé », définie par le XXe siècle lors du passage au XXIe siècle ? Aujourd'hui, les familles se transforment, les cultures évoluent, les courbes démographiques se modifient, les personnes se déplacent selon des axes géographiques et symboliques. Que deviennent alors les traditions, les modes de façonnage et d'identification, les façons de s'occuper des bébés ? Comment sont « fabriqués » les bébés ? Comment, avec leurs familles, vont-ils faire face à cette globalisation et l'éprouver dans leur développement et leurs interactions ? Comment les bébés nés dans les pays du Sud, les plus nombreux, sont-ils pensés, aimés, observés et soignés ?
Lieu : CRDP

Renseignements :
Tél. : 04 73 19 23 90
Courriel : lautre-colloquecf13@orange.fr
Site : www.clinique-transculturelle.org/colloque2013

Paris
Le 23 novembre 2013

Écouter Wagner

Rencontres organisées par l'Association internationale interactions de la psychanalyse (A2IP).

Richard Wagner est sans doute l'un des rares compositeurs qui divise de façon aussi tranchée les mélomanes. On a pu parler de « wagnerolâtres », mais également de « wagnerophobes » et, au sujet de la participation au festival de Bayreuth, où sont représentés chaque année les opéras de Wagner, de « pèlerinage ». Ces termes, que l'on verrait difficilement appliqués à un autre compositeur, indiquent bien l'effet passionnel déclenché par sa musique.

Lieu : École de psychologues praticiens

Renseignements :
Site : www.a2ip.org

Paris
Le 23 novembre 2013

Ordres et désordres du sexuel
Psychanalyse et anthropologie critique

Journée organisée dans le cadre des Rencontres-débat du CIPA.

Si la stabilité de l'humanité repose sur les ordres du sexuel, *a contrario*, l'histoire de l'humanité ne cesse de témoigner des désordres auxquels elle est confrontée par les transformations, les exigences des civilisations, leurs normes et modèles à réinventer.

Actuellement, à la notion de loi pour tous s'est adjointe celle de la dignité de chacun, et à la dimension d'égalité la recherche d'un consentement entre partenaires sexuels. Le législatif s'est rapproché du citoyen en faisant entrer le Droit dans un rapport direct avec les individus qui tentent de négocier leurs propres idéaux. Les avancées scientifiques surmontent la barrière des corps, amenant des situations impensables, défiant la séparation corps / esprit. Ces identités émergentes confrontent les individus, issus d'une société traditionnelle, à un non-savoir, à une perte des repères individuels, familiaux, de couple et de normes unitaires.

Lieu : FIAP, salle Lisbonne

Renseignements :
Tél. : 01 47 34 82 38
Courriel : contact@cipa-association.org
Site : www.cipa-association.org

Paris
Le 25 novembre 2013

Adoption : quel accompagnement ?

Colloque organisé par *Enfances et psy.*

L'adoption connaît depuis quelques années une évolution importante. De plus en plus de pays étrangers privilégient l'adoption nationale. Ils se montrent plus restrictifs et plus exigeants sur la préparation des futurs parents hors de leurs frontières. Les enfants adoptables sont souvent plus âgés, présentent des « particularités », les adoptions deviennent plus complexes et concernent plus souvent des fratries. L'évolution sociétale du couple et de la famille concerne aussi l'adoption, notamment avec la nouvelle loi autorisant le mariage des couples homosexuels. Le rôle des associations de parents adoptifs s'est affirmé. Parallèlement, des consultations « Adoption », encore rares, ont émergé.

Parmi les intervenants : G. André, F. Body Lawson, A.-M. Crine, C. Delannoy, B. Golse, J.-L. Le Run, C. Propose, C. Sellenet, F. Toletti.

Lieu : Espace Reuilly

Renseignements :
Courriel : colloques@enfancesetpsy.net
Site : www.enfancesetpsy.fr

Lille
Le 26 novembre 2013

Humour et résilience dans le travail social et thérapeutique

Colloque organisé par l'ENSSYCOFA.

En quoi l'humour, pour l'enfant ou l'adolescent en institution, intervient-il pour dédramatiser des situations difficiles ? Comment l'humour peut-il permettre d'assouplir certaines rigidités fonctionnelles ? Comment l'humour en thérapie peut-il aider et faire acte de résilience pour l'usager ?

Lieu : Maison de l'éducation permanente, salle des congrès

Renseignements :
Tél. : 07 70 14 07 47
Site : www.enssycofa.fr

Paris
Le 28 novembre 2013

La formation à l'épreuve du numérique

Journée de réflexion et de débats autour du numéro hors-série *Afpa / Éducation permanente* en partenariat avec l'AFPA et le CNAM.

La révolution numérique a bousculé le rapport aux savoirs, le cadre organisationnel de la formation des adultes et la relation apprenant / formateur. Ces transformations obligent à des remises en cause techniques et pédagogiques qui ne vont pas de soi, notamment dans les dispositifs qui s'adressent précisément aux personnes peu préparées aux usages des technologies numériques. Certaines fractures sociales, amplifiées par les conceptions académiques et élitistes du savoir, ne sont-elles pas en train d'être dépassées par les nouvelles pratiques sociales permises par les technologies numériques ?

Lieu : Conservatoire national des arts et métiers – Amphithéâtre Paul-Painlevé

Renseignements :
Courriel : educperm@wanadoo.fr
Site : www.education-permanente.fr

Lille
Le 29 novembre 2013

L'enfant face à ces « nouveaux parents »

Journée annuelle de rencontres du Copes.

Le Copes, depuis plus de quarante ans, met l'enfant au cœur de la clinique et de la réflexion qui en découle. La question sera alors de savoir comment les enfants de 2013 composent avec ces nouvelles familles – monoparentales, recomposées, homoparentales, etc. Que proposent ces nouveaux parents comme repères identificatoires ? Sont-ils garants de l'accès à la différence des sexes et des générations, piliers fondateurs de l'identité ?

Les enfants témoignent d'une souplesse créative étonnante, ils s'adaptent ! Quelle vigilance avoir à l'égard de ces nouveaux repères ainsi proposés par les enfants ? Comment leur garantir un quotidien autorisant un développement sécure et solide ? →

AGENDA

Intervenants : M. Corcos, D. Charlet, X. Charlet, P. Delion, M. Derain, Ch. Diamante, M. Godelier, B. Golse, R. Mascaro, A.-M. Poulain.
Lieu : Université catholique de Lille

Renseignements :
Marie Rat : 06 19 88 04 88
Courriel :
marie.rat@confluences-colloque.com

Paris
Les 29 et 30 novembre 2013

Quand l'amour fait mal
Dans les couples, dans les familles
Les thérapies de couple, dont les demandes sont de plus en plus nombreuses, témoignent à quel point les causes de la souffrance amoureuse sont multiples. La souffrance amoureuse touche aussi à ce qui fait mal en famille, entre parents et enfants, dans la fratrie.
Quelles pathologies lui sont associées ? Peut-on parler de « crise contemporaine » de la relation à l'amour ?
Lieu : Espace Reuilly

Renseignements :
Tél. : 01 48 05 84 33
Courriel : colloques@ceccof.com
Site : www.ceccof.com

Lyon
Les 29 et 30 novembre 2013

La psychanalyse face au mal-être contemporain. Liens en émergence, quels dispositifs ?
Journée scientifique organisée par Apsylien.
Intervenants : B. Antonin, M. Barboyon, O. Carré, J.-L. Dorey, N. Duperret, R. Durastante, B. Duez, P. Fustier, R. Jaitin, C. Jakubowicz, C. Joubert, R. Kaës, A. Loncan, J. Méry, Ph. Robert, S. Tisseron, C. Vacheret.
Lieu : Théâtre Nouvelle génération – Salle Latreille (9e)

Renseignements :
Tél. : 06 87 71 84 55
Courriel : apsylien@wanadoo.fr
Site : www.apsylien.com

Boulogne-Billancourt
Le 30 novembre 2013

La sexualité féminine
Colloque organisé par le LPCP, Monographies et débats de psychanalyse, l'association Clinique des apprentissages.
Peut-on encore qualifier la sexualité féminine de « continent noir », alors que cette thématique a tellement été explorée après Freud ?
Le lien primaire à la mère apparaît comme central pour l'organisation psychosexuelle de la fille ; il signe de son empreinte le complexe d'Œdipe de la petite fille, puis marque, chez la femme qu'elle devient, le choix d'objet érotique et le lien à l'homme, et, enfin, oriente le destin que prend son désir d'enfant. Ce lien précoce, à partir de l'importance qu'il revêt dans la cure, est au centre des réflexions, notamment autour de la prévalence de la dépression dans la population féminine et également à propos d'une question clinique très actuelle : existe-t-il des formes d'angoisse spécifiquement féminines si la femme n'est pas en proie à l'angoisse de castration ?
Lieu : Institut de psychologie, université Paris-Descartes, amphi Paul-Fraisse

Renseignements :
Tél. : 01 55 20 57 23
Courriel : contact.sexualitefeminine@gmail.com

Marseille
Le 30 novembre 2013

Cliniques du bébé
Journée organisée par le groupe méditerranéen de psychanalyse de la SPP et la Monographie de la *Revue française de psychanalyse.*
Intervenants : M. Boubli, M. Dugnat, R. Roussillon, J. Vamos, M.-T. Roure, J. Rochette, A. Carel.
Lieu : CHU Saint-Marguerite – Amphithéâtre H. Gastaut

Renseignements :
Courriel : groupemed.spp@free.fr

Paris
Du 30 novembre au 1er décembre 2013

Les pères au XXIe siècle
Journées nationales de l'EPFCL-France.
Écrire « pères » au pluriel et les situer au XXIe siècle change la perspective. Se dégage alors le paysage de l'imago paternelle, dont le déclin semble ne jamais pouvoir finir. La solution à la défaillance paternelle, réelle ou supposée, n'est pas dans un appel incantatoire au Nom-du-Père. Cette solution ne passe même pas nécessairement par le « père de famille », d'autant plus que cette famille œdipienne n'est plus le seul modèle. Elle est dans une réponse « sinthomatique », celle d'une consistance capable d'accrocher le réel du symptôme au symbolique et à l'imaginaire, c'est-à-dire aux semblants.
Lieu : Maison de la chimie

Renseignements :
Tél. : 01 56 24 22 56
Courriel : epfcl.secretariat@wanadoo.fr

DÉCEMBRE

Toulouse
Les 5 et 6 décembre 2013

Le bébé et sa famille dans la ville
Ves Journées *Spirale* organisées par l'association Spirale et les éditions Érès.
Lieu : Théâtre national de Toulouse

Renseignements :
Tél. : 05 61 75 40 81
Courriel : contact@spirale-bebe.fr
Site : www.spirale-bebe.fr

Paris
Le 6 décembre 2013

États, cas, fonctionnements limites, adolescents *borderline* singuliers-pluriel
Journée organisée par M. Corcos, A. Pham-Scottez et M. Speranza du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut mutualiste Montsouris.
Présentation des résultats du réseau de recherche EURNET-BPB *borderline* adolescent.
Lieu : Institut mutualiste Montsouris, département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, salle de conférence

Renseignements :
Tél. : 01 56 61 69 80
Courriel : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

Issy-les-Moulineaux
Le 6 décembre 2013

Autant de bébés, au temps du bébé
Rythmes et développement du nourrisson
Journée organisée par l'EPS Erasme 92.
Le rythme, comme répétition et structure d'organisation de la temporalité, organise la séparation et l'altérité chez le tout-petit. Celui-ci s'inscrit dans la temporalité à

partir des expériences relationnelles de continuité et de discontinuité ordinaires. La capacité créatrice de la mère et celle du bébé permettent de restaurer ces discontinuités et offrent ainsi les conditions essentielles pour grandir et se développer en sécurité. Mais, si la césure ou l'écart deviennent chaos, s'ensuivent une désorganisation psychique avec ses effets les plus délétères.

Lieu : Auditorium

Renseignements : Mme Levasseur
Tél. : 06 14 68 44 72
Courriel : levasseur.michelle@orange.fr

Tours
Le 6 décembre 2013

Sacs à dos, sac à maux
... ou l'aventure de l'écriture

Journée d'étude autour des ateliers d'écriture organisée par l'association Hébé.

Lieu : Amphithéâtre George-Sand-de-Clocheville

Renseignements :
Tél. : 06 61 36 20 76
Courriel : associationhebe@hotmail.fr
Site : www.asso-hebe.fr

Paris
Les 6 et 7 décembre 2013

L'autre, le semblable, le différent...

XIIIe Colloque Gypsy organisé par René Frydman et Muriel Flies-Trèves.

Mettre au monde en laissant le hasard du génotype déterminer les différences et les ressemblances, le singulier et le semblable, l'unique et le commun. Prolongement de soi, l'individu issu de l'ADN de ses parents n'en est pas moins un nouvel humain, ne se résumant pas à la somme des deux patrimoines génétiques. S'il en est de même pour les enfants nés grâce aux techniques biomédicales, ces dernières bousculent et réaménagent les schémas de pensée sur la maternité, la paternité, mais aussi l'altérité.

Les figures additionnelles du donneur et de la donneuse de gamètes dans les couples, les maternités tardives, l'homoparentalité, la sélection des embryons dans les maladies génétiques, le choix du sexe, nous obligent à considérer l'être à qui l'on donne vie avec d'autres repères que ceux habituellement mis en œuvre.

Lieu : Faculté de médecine, amphi Binet

Renseignements :
Tél. : 01 43 34 76 71
Courriel : jscongres@wanadoo.fr
Site : www.gypsy-colloque.com

Paris
Du 11 au 13 décembre 2013

Des formations aux pratiques professionnelles : avancées majeures et nouveaux défis pour la psycho-oncologie

30e Congrès de la Société française de psycho-oncologie.

Depuis plus de trente ans, la Société française de psycho-oncologie se mobilise pour développer le soin psychique au cœur des prises en charge en cancérologie. Du dépistage des cancers à la recherche clinique, de la consultation d'annonce aux soins à domicile, les patients et les proches doivent être reconnus et pris en compte dans leur subjectivité et leurs particularités psychopathologiques. Cela implique l'intégration et l'accessibilité, dans la chaîne des soins en cancérologie, de professionnels de soin psychique formés, à même de rendre compte de cette individualité et de favoriser une réelle prise en charge globale, dans le respect de la personne.

Lieu : Cité internationale universitaire, Maison internationale

Renseignements : Sfpo
Tél. : 05 57 97 19 19
Site : www.sfpo.fr

Besançon
Les 12 et 13 décembre 2013

Les professionnels de santé face à l'erreur
Quels enjeux en réanimation ?

Colloque organisé par la Maison des sciences de l'homme et de l'environnement Claude-Nicolas-Ledoux et les laboratoires de psychologie de l'université de Franche-Comté et de Bourgogne, sous l'égide de la Société de réanimation de langue française.

Lieu : Chambre de Commerce et d'Industrie territoriale du Doubs

Renseignements : Mshe
Aline Baverel • 03 81 66 51 51
Courriel : communication@mshe.univ-fcomte.fr
Site : http://mshe.univ-fcomte.fr

Boulogne-Billancourt
Le 14 décembre 2013

Violences dans la famille

Colloque organisé par le laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie (LPCP) de Paris-V et l'unité transversale de recherches : Psychogénèse et psychopathologie (UTRPP) de Paris-XIII.

Lieu : Institut de psychologie

Renseignements :
Tél. : 01 55 20 57 23 (lundi matin)
Courriel : colloquelibrasso@gmail.com

Paris
Le 16 décembre 2013

Trouble déficit de l'attention / hyperactivité et troubles du spectre autistique

Journée scientifique organisée par l'association pour la promotion des pratiques fondées sur des preuves en psychopathologie du développement, en partenariat avec l'hôpital universitaire Robert-Debré, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie.

Lieu : Maison de la chimie

Renseignements :
Site : robertdebre.aphp.fr

Paris
Les 16 et 17 décembre 2013

Résilience et relations humaines
Couple, famille, institution, entreprise, cultures

Colloque Résilience et sociétés organisé par la Ligue française pour la santé mentale et le centre Françoise-Minkowska.

Thèmes abordés : La face cachée de la résilience ; Couple, famille et résilience ; Institution, entreprise et résilience ; Société, culture et résilience.

Intervenants : M. Anaut, J. Aubut, R. Bennegadi, M.-J. Bourdin, P. Brenot, J. Dahan, M. Debout, M. Delage, R. Coutanceau, J. Croas, B. Cyrulnik, S. Larchanché, D. Moussaoui, M. Onfray, C. Paris, L. Reyes, N. Sartorius, E. Verdier.

Lieu : Espace Reuilly

Renseignements :
Tél. : 01 42 66 20 70 – Courriel : lfsm@orange.fr

De la précarité à l'exclusion : quel soutien psychologique ?

Psychologues auprès des précaires



Éric Da Silva
Docteur en psychologie
Psychologue libéral dans le cadre d'une écoute psychologique en soirée et en début de nuit sur Paris

Comme en témoigne l'adoption du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale en janvier dernier, le sort des personnes que les économies modernes jettent à la rue – hors de leur domicile et, parfois même, hors de leurs frontières – est une préoccupation majeure du gouvernement de Jean-Marc Ayrault. Grâce aux médias, nous avons tous maintenant une image de ceux qui vivent dans les lignes de fracture de nos sociétés : travailleurs pauvres dormant dans leur voiture, sans papiers en foyer d'hébergement, sans domicile fixe installant des campements sous les périphériques des villes ou dormant dans les parkings et les entrées d'immeuble le soir venu… Alors, constater que notre gouvernement élabore une série de mesures qui amorcent « *un changement de regard sur la pauvreté* » est donc un soulagement. En tant que psychologues, nous ne pouvons qu'être sensibles au renforcement des démarches « d'aller vers » les plus vulnérables. Reste que l'attention portée aux dispositifs existants paraît bien mince parmi toutes les lignes de ce texte… On reste, en effet, étonné que soient prévues des expérimentations d'équipes pluridisciplinaires « *pouvant aller vers ces personnes, là où elles sont* », alors même que les premières EMPP se sont développées en France à la fin des années 1990. Et l'on peut également craindre qu'à défaut d'une capitalisation des expériences antérieures et d'une analyse des besoins actuels, la perspective d'avancées marquantes dans la prise en charge de la santé mentale et de la souffrance psychique des plus vulnérables ne soit réellement prioritaire. Commençons donc, dans ce dossier, ce travail de réflexion avec les psychologues, les psychiatres et les infirmières qui vont déjà à la rencontre des personnes précaires et qui leur apportent déjà un soutien. On ne peut qu'être sensible qu'entre perte de soi dans le déplacement migratoire ou par l'absence de papiers d'identité, entre errance à l'adolescence agissant comme une nouvelle voie d'expression de la psychose ; entre folies et douleur folle d'être à terre, ces professionnels sont confrontés à de nouvelles expressions du Sujet. On ne peut également manquer de relever que le colloque singulier est ici capturé entre l'acte citoyen et le soin, comme lorsqu'il s'agit de donner un visage aux demandeurs d'asile à travers la photographie. Laissons-leur donc exprimer comment se tisse le lien avec ces sujets et comment s'organise le lien également entre les professionnels – psychologues, travailleurs sociaux, infirmier, et médecins – pour faire équipe et lutter contre les difficultés institutionnelles maintes fois évoquées. Car continuer à s'occuper des plus démunis, assurer la pérennité des dispositifs et la survie des équipes, reposent peut-être ici plus qu'ailleurs sur l'engagement combatif – on pourrait écrire « militant » – et la ténacité des volontés individuelles.



DOSSIER

De la précarité à l'exclusion : quel soutien psychologique ?



Matthieu Garot

Psychologue clinicien, EMPP, Interface, CHU de Saint-Étienne

La parentalité institu une clinique de la précarité

Psychologue clinicien, mais aussi infirmier psy, médecin psychiatre ou encore travailleur social… l'ensemble des équipes mobiles psychiatrie-précarité œuvrent pour implanter au cœur de la cité une veille sociale, un « prendre soin » singulier, une forme de parentalité institutionnelle.

Sept ans de pratique en équipe mobile psychiatrie-précarité (acronymement appelée : « EMPP »). Sept ans de pratique au plus près desdits « grands exclus », ces termes galvaudés qui, pour bien des raisons, et à l'instar du « SDF », ne définissent en rien ceux qu'ils nomment. Sept ans de pratique à la marge de la psychiatrie, en marge de la psychiatrie, mais c'est bien à partir de son centre que ce périlleux exercice s'inscrit et prend son sens. La psychiatrie est notre point de départ. C'est à force d'arpenter la dureté de l'asphalte, de pérégriner de rues étroites en places ouvertes, luttant pour ne pas se perdre dans les corridors urbains – dédale à bien des égards –, répétant hebdomadairement ces déambulations en apparence hasardeuses, mais qui sont plutôt des itinéraires, que des *lignes de co-errance* ont fini par s'esquisser, puis se dessiner, des lignes aux allures de « *lignes d'erre* » que Fernand Deligny (2007) aurait peut-être su apprécier. C'est dire que ce n'était pas l'errance dans les idées. Il est temps, après ces sept ans, de revenir sur ces lignes, de les décrypter, de revenir sur cette pratique en EMPP et sur la place que peut y jouer le psychologue. Il est temps, voire nécessaire, aujourd'hui, de pouvoir en dégager des jalons et principes, bornes et limites. C'est un retour qui s'impose comme une tentative de théorisation d'une pratique alternative et complémentaire à celle de l'entretien clinique, d'une pratique s'inscrivant dans un dispositif collectif, dans « une parentalité dans la cité ». Tel est l'objectif de cet article.

BICHIN ET LA NAISSANCE D'UNE IDÉE

Bichin fut SDF, et même carrément clodo [1]. Il ne l'est plus. Il est loin ce temps, maintenant. Il boit encore, beaucoup moins c'est sûr, mais il n'est plus indigent. Et même s'il la fréquente encore, « la rue » n'est plus pour lui cet espace social où il mettait en scène sa déréliction, une inconsolabilité sans recours ni secours, entre errance et destructivité. Son interpellation était telle qu'elle excitait autour de lui jugement, rejet, indifférence du passant ordinaire et exclusion des lieux d'accueil de jour. C'est d'ailleurs à l'occasion d'une nouvelle exclusion que j'allai le rencontrer. On ne le supportait plus, on le dégageait fissa, parce que trop collant, trop envahissant, trop immature. Il fallait trouver une solution, impérativement. Je proposai alors un suivi hebdomadaire sous forme d'entretien sur un des lieux d'accueil de jour de la cité (ce qui fut avant tout, je dois l'avouer, une réponse à la détresse et à l'impuissance de deux assistantes sociales). L'ambiance devint, par ce biais, un peu plus sereine. Mais ce qui fut le plus important, le plus constructif, ce fut la mise en place d'un travail de concertation dense et soutenu, permettant aux différentes équipes de travailleurs sociaux qui l'accueillaient quotidiennement d'atteindre, sans qu'ils ne le sachent, une forme de « *préoccupation soignante primaire* » (Ciccone *et al.*, 2012), en partageant nos inquiétudes, en évoquant ses progrès, en nous rassemblant « autour de lui » pour penser ensemble cet « enfant perdu dans la cité ». Ainsi, après quelques années, la situation de Bichin changea.

La situation de Bichin fut quelque part paradigmatique et révélatrice. Il y a, dans ces obscures rues « chemineuses », des pensées vagabondes. Errantes et « vagantes », ces pensées sont comme en quête d'agrippement,

tionnelle :



d'enveloppement, en quête d'un penseur pour les penser, d'une « capacité de rêverie » bionienne, comme si elles étaient en quête d'un espace pour être accueillies, d'une hospitalité, d'une « parentalité dans la cité ». Ce qu'appela Bichin, finalement, c'était une « préoccupation parentale primaire », à la fois contenante, accueillante, réceptive et malléable, mais aussi ferme, rigoureuse et consistante (Ciccone *et al.*, 2012).

Avant d'aller plus loin, de penser et d'appréhender cette « parentalité dans la cité » révélée par Bichin, il nous faut faire un détour, afin de poser le cadre du mandat social dans lequel cette pratique s'inscrit, telle une consigne de départ.

DE VEILLE SOCIALE EN EMPP, L'INSTITUTION ÉCLATÉE

Mission de service public, c'est-à-dire *portée* par la loi et les politiques (mais qui est aussi plus à même d'en subir les aléas avec, du côté des équipes, le sentiment d'être comme saisonnièrement *lâchées*) et officialisée par la loi de 1998 de lutte contre les exclusions, la veille sociale est chargée de la protection des personnes sans abri et en situation de détresse. C'est sa tâche primaire, la positivité de sa tâche. Dans chaque département est mis en place ce dispositif sous l'autorité du représentant de l'État. Il s'agit d'une mission « sociale » d'accueil et d'hospitalité, de réparation symbolique des dommages occasionnés par « l'exclusion sociale ». Bon nombre d'institutions sont mandatées socialement pour cette tâche bien souvent paradoxale, en étant éparpillées au cœur de la cité, cantonnées à des secteurs spécifiques et isolées les unes des autres. Le métacadre législatif qui a ordonné la mise en place des premières EMPP trouve également ses origines dans la loi de 1998, avec un pan entier dédié aux questions sanitaires dans son article 76. Leur mission : « *l'accès au soin de droit commun pour les populations en situation de précarité* », mais aussi l'articulation entre l'hôpital et la cité, un dialogue entre ces deux espaces symboliques et hétérologiques. C'est bien sur « *l'ouverture de l'hôpital à la cité*[2] » que l'accent sera mis à l'époque. Sept ans plus tard, une circulaire du 23 novembre 2005 voit le jour pour proposer les jalons d'une homogénéisation des missions des EMPP, en s'appuyant sur l'expérience accumulée. Leur rôle est toujours d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou qu'il s'agisse d'une souffrance psychique engendrée par la situation de précarité et d'exclusion (*dixit*), mais aussi de soutenir les acteurs de première ligne et de formaliser un réseau de partenaires. La veille sociale n'est pas explicitement nommée, mais sa place est évidemment centrale. Il ne peut y avoir d'EMPP sans ce dispositif. →

Reprendre contact avec ce qui est encore vivant du sujet.

Notes

1. Je renvoie le lecteur qui désirerait en savoir plus sur l'histoire de Bichin à un écrit intitulé « Le théâtre de (la) rue. Errance, inconsolabilité et enclaves cloacales » (Garot, 2012), ainsi qu'à une intervention dont les actes sont parus en 2012 (Garot et Poitau, 2012).

2. Martine Aubry, dans son discours introductif aux XVIIes Assises de l'hospitalisation du 30 mars 1998, à Paris.

Au regard de cette circulaire, ce que nous voudrions proposer n'a rien de nouveau. La loi dit tout en somme. Elle trace les grandes lignes qui sont comme des repères symboliques forts, tangibles, face aux vertigineux problèmes auxquels nous sommes confrontés, celui de l'errance et de l'exclusion. Elle se contente d'enchâsser des bornes, et c'est d'ailleurs son rôle. En contrepartie, ce qu'il nous faut faire, c'est rendre compte de la philosophie de cette pratique qui s'inscrit dans ce métacadre symbolique, rendre compte de son esprit, ce que ne peuvent faire les textes de loi.

La mission de la veille sociale n'est donc pas le « soin » à proprement parler – si on entend par « soin » cette norme canonique, hospitalière, représentée par la figure de la médecine –, mais d'offrir le gîte à l'errant ou l'erratique, à celui qui connaît la rupture, la déshérence. Pourtant – c'est notre parti pris, clinique et militant –, c'est bien du soin dont « une parentalité dans la cité » va être l'enjeu. Car investir l'autre, lui prêter attention, prêter du sens à ce qui est en apparence *fou* ou *indigent*, ou bien stigmatisé socialement comme tel (Garot, 2013), reprendre contact avec ce qui est encore vivant du sujet, c'est ce qui est soignant et non excluant, c'est ce qui réhumanise. La mission de la veille sociale serait d'offrir l'hospitalité à « *l'humain si méchamment exilé de l'homme* », pour reprendre une expression de Pierre Delion (2005). S'il y avait alors une première urgence, un premier principe à maintenir, ce serait celui de suspendre tout enjeu de norme, parce que le soin ne relève d'aucune catégorie, parce qu'il n'est en aucun cas quantifiable, objectivable, une affaire comptable. La fétichisation des normes participe à l'exclusion en amplifiant les clivages.

> *Cette dimension du soin sera soutenue par un dispositif clinique : la parentalité dans la cité.*

Cette dimension du « soin » sera soutenue par un « dispositif ». Ce « dispositif clinique » – singulier en raison de sa forme, de sa formulation, de sa mise en place, et qui dépend d'un *en plus*, d'un petit plus –, nous l'appelons « parentalité dans la cité ». Mais qu'est-elle cette « parentalité » ? Elle doit être considérée avant tout comme une *disposition* plutôt qu'un dispositif objectivable, mesurable – d'où la complexité de l'exercice auquel je me prête ici. De *positif*, ce « dispositif » n'a rien. Elle est une disposition dynamique, en animation permanente, en mouvement. Ses contours restent mouvants, en construction, toujours en chantier ; toujours en appel d'une forme à venir, s'enrichissant au fur et à mesure de son parcours d'itinérance clinique. Sa forme n'est jamais définitive, elle est en devenir, tout *en puissance*. Cette disposition s'articule sur quelques notions, pierres de touche, chinées de-ci de-là, mais non exhaustives, et que l'idée même de « parentalité dans la cité » fait *tenir* ensemble. L'un des rôles d'une EMPP serait alors de soutenir l'émergence de cette disposition singulière au cœur de la veille sociale : le dispositif serait d'essayer d'atteindre cette disposition d'une « parentalité dans la cité ».

Poursuivons notre pérégrination. L'idée d'une « parentalité dans la cité » tient à une hypothèse. Elle s'appuie sur elle, s'adosse à elle. Faire cette hypothèse porte à conséquence aussi bien d'un point de vue méthodologique qu'épistémologique : il y aurait, de fait, dans la cité une « institution », une « institution éclatée », notion que Maud Mannoni avait proposée en son temps à l'école expérimentale de Bonneuil. « *La notion d'institution éclatée* [dit-elle], *que nous avons introduite, vise à tirer parti de tout insolite qui surgit (cet insolite qu'on a coutume, au contraire, de réprimer). Au lieu d'offrir la permanence, le cadre de l'institution offre, dès lors, sur fond de permanence, des ouvertures vers l'extérieur, des brèches de toutes sortes* […]. *Ce qui demeure : un lieu de repli, mais l'essentiel de la vie se déroule ailleurs* […]. *À travers cette oscillation d'un lieu à l'autre peut émerger un sujet s'interrogeant sur ce qu'il veut.* » (Mannoni, 1973.) Cette « institution » ne serait pas à créer, elle serait là d'emblée, constituée d'une mosaïque de lieux, d'un ensemble de petites et moyennes associations au cœur de la cité avec leurs équipes, œuvrant quotidiennement, faisant la matière première du quotidien, avec leurs lieux d'accueil de jour, leurs équipes de « travail de rue », foyers d'hébergement d'urgence, de stabilisation et de réinsertion sociale, services d'accueil et d'orientation, etc. Cette « institution éclatée », on l'aura compris, c'est la veille sociale et un peu plus qu'elle, avec l'ensemble de structures qui gravitent à sa périphérie, une constellation de lieux, d'atmosphères et d'ambiances différentes, qui en appelle à une « *constellation transférentielle* », selon l'expression de François Tosquelles (1967). Cette constellation de lieux serait à considérer comme une « institution », et ce n'est qu'à cette condition qu'il serait alors possible d'introduire l'idée d'une « parentalité institutionnelle dans la cité ». Notre démarche est inverse par rapport à celle initiée par Maud Mannoni. Il ne s'agit pas de désenclaver l'institution en des espaces ouverts déployés sur fond de permanence, mais de partir de l'éclatement de ces lieux pour *faire institution*.

La particularité de cette « institution », c'est donc d'être un espace « inter », un espace *inter*-institutionnel, à la fois dans ce qui différencie ces institutions, dans ce qui les conflictualise, les sépare, mais aussi dans ce qui les réunit, les rassemble et les fait tenir ensemble (Ciccone *et al.*, 2012). Ce point est essentiel. Il ouvre à la possibilité d'une aire intermédiaire, sorte d'*area of illusion* winnicottienne, des ouvertures sur fond de permanence, qu'il est important de nourrir, de maintenir et de préserver pour sa fécondité. C'est un espace qui n'appartient à personne, sauf à la rencontre, une *agora*. Cette *area of illusion* se cultive par l'organisation de réunions avec chacune des équipes, moments de partage formalisés, réguliers, centrés sur la clinique, où l'EMPP joue un rôle à la fois de régulation et d'animation, mais qui n'est ni de l'analyse de la pratique ni de la supervision ; puis des temps où l'ensemble des équipes est réuni, formant le groupe, voire le « collectif » de la veille sociale ; et des temps autres, encore, appelés « concertations », où les partenaires se rencontrent fréquemment autour d'une situation, autour d'une personne, travaillant de concert. Il y a, dans ces différents temps, une véritable atmosphère de travail, authentiquement clinique, prenant comme point de départ la matière première du quotidien qui est, pour reprendre l'expression de Floriane Varinard, « *une matière à soin*[3] ». C'est une première *illusion*.

Mais il en faut une autre, tout aussi importante : *l'illusion* que le travailleur social n'est pas seul à être dans la « poubelle », que nous y sommes aussi, que, dans la pratique, nous sommes semblables, qu'il puisse le penser, qu'il y ait, à ce niveau, un partage possible dans la concrétude du quotidien. Il y a pour cela une posture clinique à adopter avec l'usager-patient qui est celle du « côte à côte », du « épaule contre épaule », une implication « en première personne » où il est nécessaire de faire exister notre engagement personnel au sein d'une pratique professionnelle qui n'est pas celle d'un travailleur social, mais qui, dans la pratique, s'en inspire (Roussillon, 2012). Il faut savoir apprivoiser, ce qui requiert de la patience et de la permanence, de la présence et de la vacuité… du rythme. C'est un véritable artisanat. Passer hebdomadairement et rituellement sur les lieux où se pétrit cette matière première du quotidien, sur le terrain, y faire des permanences, fait naître *l'illusion*. L'EMPP participe à la vie de cette « institution » en étant présente dans ce quotidien où tout se dit, dans ces corridors, aux côtés du travailleur social qui est lui-même aux côtés de la personne en errance. Par ce biais, aussi, réunions et concertations prennent d'autant plus de consistance et de valeur.

AMERS ET REPÈRES

Nous disions plus haut, en reprenant les quelques mots de Pierre Delion : offrir l'hospitalité à « *l'humain si méchamment exilé de l'homme* ». Ce que nous nommons « parentalité dans la cité » emprunte cette voie. Elle l'emprunte consciencieusement en s'inspirant du modèle de la *psychothérapie institutionnelle*, cette « *méthode de navigation sur l'océan de la folie, qui transforme les lieux de relégation en espaces ouverts, l'équipe cloisonnée en constellation* "pontifex oppositorium", *les impasses autistisantes en chemins d'aventures à tenter, les châteaux forts aveugles en ouvrages Renaissance ouverts sur le monde* » (Delion, 2005).

> *L'humain si méchamment exilé de l'homme.*
> Pierre Delion

Elle s'en inspire, sans toutefois se substituer à elle et à son lieu d'origine. C'est-à-dire que, à cet endroit, il s'agit d'affirmer de concert, suivant l'aphorisme de Jean Oury, que « *la psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie* », qu'il en est ainsi et pas autrement, que la psychiatrie est et reste le lieu organisé socialement et officiellement désigné pour le « soin de santé mentale ». « Une parentalité dans la cité » serait plutôt l'aspect le plus complémentaire du couple psychothérapie institutionnelle / psychiatrie, par-delà les murs de l'hôpital, du côté de la cité, inscrite dans sa continuité malgré les remparts réels et les ruptures symboliques, sans se confondre avec la psychiatrie de secteur, mais prolongeant sa philosophie d'origine. La psychothérapie institutionnelle en psychiatrie et « une parentalité dans la cité » s'exigeraient et se requerraient mutuellement… sans exclure.

Une telle « parentalité » s'inspirerait également du modèle du maternage insolite élaboré par Emmi Pikler à l'institut Lòczy (David et Appell, 1973). Ce médecin pédiatre hongrois y a progressivement développé et perfectionné une pratique organisée à l'échelle de son établissement, ouvrant la voie, à partir d'une collectivité bien pensée, à une parentalité institutionnelle. C'est une pratique de soin qu'Emmi Pikler et son équipe ont su inventer, à la fois dynamique et rythmiquement impliquée au plus près du pli émotionnel du petit enfant, de son développement, adaptée à ses besoins mouvants, faisant place aux détails, à l'analyse et à la discussion. Tout l'enjeu étant d'offrir « *l'expérience d'une parentalité calme,* →

Note

3. Varinard F., 2009, « La position du psychologue clinicien en institution psychiatrique : une modélisation de l'actuel », mémoire de Master-2 Recherche, Université Lumière Lyon-2.

liée et liante, contenante, qui "verticalise" et assouplit. Cette parentalité "harmonieusement combinée" […] – à la fois ferme et compréhensive –, donne l'expérience de l'ouverture, du rythme qui déploie l'être, qui porte l'émotionnalité […], une parentalité structurante, intégrative, humanisante. C'est une telle parentalité, chez tout parent, tout soignant, toute équipe, toute institution, qui garantit la croissance psychique du bébé en chacun » (Ciccone, 2011). « Une parentalité dans la cité » fait la part belle à cette observation clinique *participante* et *implicative*. Mais observer quoi au juste, dans notre cas ? Observer le travail social quotidien, là où se font les liens : dans la répétition, la patience, l'accordage et, parfois, le désaccordage, l'espoir et le chagrin. Observer ce travail quotidien, fait de vacuité et de tact, d'apprivoisement, tel serait l'un des rôles de l'EMPP. Cette observation participante et implicative est importante, centrale. Elle a des effets d'appuis et de contenance pour le travail de la pensée (Ciccone, 1998). Quelque chose dans cette écoute en creux s'organise. Une écoute et une observation du détail, de l'insignifiant, mais aussi de « *l'anachronique et de l'irrationnel* » (Fustier, 1993) convoqués par l'ergonomie même du dispositif de la veille sociale, son éparpillement et sa précarité.

On pourrait dire encore autrement avec Claude Allione : il s'agit, par l'observation clinique, d'offrir « *un moi en position de tiers, un regard, une présence, une préoccupation, sans quoi la fonction maternelle ne saurait se déployer en position métaphorique, en lui faisant quitter la stricte obédience métonymique, c'est-à-dire la contiguïté* » (2005). C'est le *holding* du *holding*, c'est-à-dire que porter le porteur a une part essentielle dans l'émergence de cette disposition singulière, car « *personne ne saurait soutenir personne s'il n'est pas lui-même soutenu. Pour qu'un* holding *existe, il faut que se tienne un* holding *du* holding. *Pour que je puisse porter, il faut que l'on me porte* » (*op. cit.*). Porter le travailleur social qui lui-même porte celui qui est entré en errance ou qui y est chroniquement installé, et qui, dans son décrochage, sa dérive, se cramponne désespérément à une saillance : l'alcool, le délire, son auto-exclusion, pour ne pas tomber dans le trou, mais flirtant avec le vide, au risque de la blancheur. Restaurer un appui, une base, là où l'errance est rupture de cette base, et ouvrir cette errance fermée qui s'est incrustée et échouée dans les anfractuosités d'un lien social qui n'est manifestement plus à même d'assurer sa fonction « sociale » de portance.

Sans cette posture, une « parentalité dans la cité » ne saurait *être*. Elle n'*est* qu'à condition d'être regardée, pensée, reconnue et soutenue comme telle, comme une « parentalité » par l'observateur clinicien que peut être une EMPP. Sans cette fonction d'observation, une pratique peut toujours être à même de s'enclaver sur elle-même, de se dévitaliser, voire de se pervertir, de « s'autistiser à deux » ou à plus de deux, face à l'horreur et au désespoir rencontrés au quotidien. Il y a comme cette nécessité d'appliquer des « *greffes d'ouvert* » (Oury, 2012) pour ne pas être enfermé dans le non-lieu de l'errance et l'enclave de son vide. C'est l'hospitalisme social. C'est-à-dire qu'épisodiquement *lâché* par le politique, *lâché* par un encadrement bien souvent plus préoccupé par la comptabilité et la rentabilité que par l'homme, le travailleur social peut, à son tour, se cramponner à celui qu'il est censé porter et qui, dorénavant, s'agrippe à lui dans une relation sans issue autre que celle de la démission ou de la résignation. Nous voudrions croire qu'une « parentalité dans la cité » se présenterait comme l'un des remèdes à cet hospitalisme social, si fréquemment rencontré sur le terrain des pratiques sociales.

CONCLURE ?

Voilà, il nous faut conclure après ce rapide tour d'horizon de la question : bric-à-brac d'idées et notions à chiner. Mais conclure quelque chose qui se poursuit est en soi paradoxal. Alors, je dirais volontiers qu'il ne s'agit là que d'une introduction, que d'une initiation, que ce dispositif n'a de valeur qu'à être en mouvement, toujours en attente d'une forme à venir, fait de partages et appelant le partage, là serait sa force. Le dispositif, comme le dirait René Roussillon (2012), c'est la construction du dispositif, un processus de coconstruction fait à deux ou à plus de deux, une initiative « collective ». On sort du non-sens de l'errance par la *co-errance*, telle est la leçon que m'aura apprise Bichin l'mâtru.



Éric Da Silva
Docteur en psychologie
Psychologue libéral dans le cadre d'une écoute psychologique en soirée et en début de nuit sur Paris

Intervenir en milieu de grande précarité

Entretien avec Sylvie Quesemand-Zucca

En avril 1998, Xavier Emmanuelli, président du Samu social de Paris, créait le Réseau national souffrance psychique et précarité pour venir soutenir le travail des équipes déjà présentes auprès des SDF en grande souffrance psychique et pallier les vides entre la rue et l'hôpital psychiatrique. Sylvie Quesemand-Zucca, collaboratrice de la première heure, revient sur ce projet où tant les modalités que les mentalités étaient à modeler !



Sylvie Quesemand-Zucca
Psychiatre
A collaboré à l'ouvrage dirigé par Olivier Douville, *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, publié chez Dunod en 2012.

Éric Da Silva : Commençons par découvrir votre parcours…

Sylvie Quesemand-Zucca : Je suis médecin généraliste de formation. J'ai travaillé en tant que médecin du travail, engagée dans une réflexion sur la santé au travail dans les années post-1968. Cependant, le colloque singulier, le soin, l'engagement thérapeutique, me manquaient. C'est la raison pour laquelle je me suis ensuite tournée vers la psychiatrie. J'étais alors, comme toute ma génération, férue de Gilles Deleuze, de Michel Foucault, et donc de l'antipsychiatrie, et j'ai donc été très étonnée de ce que je découvrais dans les hôpitaux psychiatriques au cours de ma formation, dans les années 1985-1988 : des lieux d'une tristesse innommable. J'ai découvert une psychiatrie très classique, un peu bougonne, avec les psychanalystes d'un côté et les psychiatres de l'autre, pas du tout l'utopie à laquelle je m'attendais, mais plutôt un lieu presque caricatural. Parmi les psychanalystes, les lacaniens purs et durs qui ne parlaient pas aux autres, et ces autres qui ne voulaient pas leur parler parce qu'ils étaient trop lacaniens, etc. Et moi, au milieu, ne comprenant pas ces enjeux, ces rivalités… j'étais très déçue. Je me suis donc installée en exercice libéral, en 1988… Et puis, un jour, bien plus tard, dans la rue, avec une curiosité inquiète, j'ai vu tous ces gens par terre, de plus en plus nombreux, et j'ai voulu comprendre pourquoi… Comme j'avais déjà rencontré Xavier Emmanuelli, je suis allée le voir, et il se trouve qu'il recherchait à ce moment-là un psychiatre pour mettre en place la première cellule →



d'urgence dans le Réseau Souffrance psychique et précarité, pour aller à la rencontre de ces gens avec des infirmières psychiatriques. Le réseau était déjà constitué avec des infirmières psychiatriques quand j'ai décidé de me lancer dans cette aventure, en 1996-1997. Cela dépendait de l'hôpital Esquirol et du Samu social. Assez vite, cela ne s'est pas très bien passé, car les institutions ont eu maintes difficultés à faire travailler ensemble des travailleurs sociaux, des médecins et des psychiatres. Historiquement, cette difficulté institutionnelle a toujours existé entre les hôpitaux psychiatriques et les lieux d'accueil social autour des SDF. Ces lieux disaient à la psychiatrie : « *Ils sont fous, aidez-nous* », et la psychiatrie répondait : « *Non, c'est juste l'effet de la pauvreté, ils ne sont pas fous, nous n'en voulons pas ! Débrouillez-vous !* » Alors qu'en fait, le problème était bien plus compliqué.
Parmi les gens de la rue, il y a de vrais malades mentaux qui relèvent de soins comme n'importe quel malade pour qui on a recours aux hospitalisations, sans que l'on pense pour autant que l'on se débarrasse d'eux en les mettant en hôpital psychiatrique ! Et il y a aussi des gens qui ne sont pas fous du tout, qui ont échoué là et qui vont tellement mal que l'on pourrait les confondre avec des fous qu'ils ne sont pas : c'est justement sur ce sujet, cette ligne de crête imperceptible entre la folie et la douleur que j'ai tenté d'y voir un peu plus clair en écrivant mon livre *Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation* (Quesemand-Zucca, 2007).

E. D. S. : Comment sortir de cette difficulté institutionnelle ?

S. Q.-Z. : Il semble que cela ait changé, car la situation elle-même a changé, la précarité s'est installée, et il a fallu s'accorder un peu mieux avec cette réalité. Mais cela n'est jamais simple de travailler dans la grande précarité. C'est ce que je dis dans les supervisions : il ne faut pas rester seul, il faut échanger. Il y a beaucoup de psychologues sur le terrain qui réalisent un travail formidable, souvent trop seul(e)s, confronté(e)s à de la psychiatrie lourde : des psychoses en rupture de traitement, des alcoolismes chroniques, des toxicomanies, des délires. Et comme il n'y a pas forcément de cadre institutionnel, cela donne des situations complexes, où les effets de transfert et contre-transfert sont à manier avec moulte précautions.

E. D. S. : Vous souvenez-vous de vos premières impressions au contact des personnes sans domicile fixe ?

S. Q.-Z. : Oui, je me souviens de m'être dit lors de la première maraude que ces hommes que je voyais ressemblaient à des enfants perdus. Ce qui me conforte dans ce sens, malheureusement, c'est le fait que l'on retrouve toujours une forte représentation de la petite enfance institutionnalisée, de l'ASE, parmi les gens de la rue : plus de 30 % ! Comme si le cycle se répétait à l'infini, celui des enfants maltraités, abandonnés, recueillis… rejetés ensuite par la société.
C'est vraiment ce qui m'avait frappée : tant d'anciens enfants malheureux, jamais remis de leurs douleurs d'être au monde. Les trois premiers hommes que j'ai vus ce soir-là, finalement, annonçaient bien les choses : il y avait un jeune homme qui traînait là après des années d'institutionnalisation ; un autre, porteur, manifestement, d'une psychose infantile ; et puis un vieux clochard, celui que l'on a toujours vu dans les villes, pas plus malade mental que vous et moi. J'ai ressenti une forte émotion en me disant : « *Mais que font-ils là… Et qu'est-ce que je vais faire là, moi aussi ? Comment vais-je m'y prendre ?* » C'était en 1997, je prenais conscience du déplacement de milliers de malades mentaux sortant des hôpitaux de secteur vers la rue, à bas bruit : non pas avec un projet de vie, mais juste pour vider les lieux. L'hôpital a arrêté d'être asile, d'être le lieu d'asile, mais cela n'a pas été une victoire politique telle que la voulait l'antipsychiatrie. Cela a été une relégation pour des raisons financières et administratives. De fait, les malades mentaux sont arrivés dans des structures sociales dites « à bas seuil » qui coûtaient beaucoup moins



cher et dans lesquelles j'ai parfois vu des pathologies très lourdes, des toxicomanes, et où il n'y avait pourtant qu'une animatrice, pas même travailleuse sociale parfois, pour s'en occuper, ou encore des psychologues et des travailleurs sociaux formidables, mais souvent trop seuls… C'est pourquoi, aujourd'hui, j'insiste beaucoup, lors de conférences ou de supervisions, sur le fait qu'il ne faut pas rester seuls, mais créer des réseaux, trouver un psychiatre avec qui discuter à l'hôpital et un lieu sécurisant aussi pour soi, en tant que professionnel.

E. D. S. : Si l'on revient à ces premières impressions de maraude…

S. Q.-Z. : Mes premières impressions de l'époque ? Multiples et paradoxales ! Soit un dégoût, car la personne sent vraiment mauvais, soit de l'effroi auprès de ces femmes battues ou de ces hommes délabrés, soit de l'impuissance face à de jeunes schizophrènes qui rejettent tout soin… Affolée aussi par la vie, la survie plutôt, dans les hébergements temporaires, le coût des hôtels, les déplacements imposés et incessants d'un lieu à l'autre, effrayée par les coups de fils reçus au 115 où des bébés pleuraient en même temps que leurs mères en ligne… Et puis, le soir, au calme, une réflexion plus éloignée du terrain, avec l'impression d'être le témoin de mutations sociales massives, planétaires, avec des déplacements mondiaux de population, des femmes seules de plus en plus souvent, comme un phénomène pas du tout prêt à s'interrompre, au contraire. Une perception du monde en cours qu'on ne peut pas connaître si l'on reste de l'autre côté de la rue.

E. D. S. : Quelle place les psychologues ont-ils dans ces dispositifs ?

S. Q.-Z. : Une vraie place, mais parfois avec de grandes difficultés : une vraie place au niveau des équipes et auprès des « hébergés » qui sont souvent aussi des patients, donc une place de lien avec les structures de soin et un lien entre soin et social. Une place pivot, pas toujours facile à faire comprendre, cela dépend beaucoup des équipes. C'est pour cela qu'il faut qu'eux-mêmes soient aidés, soutenus par des supervisions, pour qu'ils ne perdent pas de vue leur fonction, leur place.

E. D. S. : Vous écriviez, justement, que la rue bouscule nos savoirs et la nosologie en général…

S. Q.-Z. : Avec l'alcool, les drogues, le tutoiement, tous les codes sautent dans les premiers temps. Et puis, il y a la question de la bonne distance à trouver pour ne pas devenir ou trop familier ou se poser trop strictement dans une relation du type « vous parlez à un docteur ou à un psychologue »… Il faut trouver un juste milieu, ce qui demande une grande compétence en acrobatie ! Au début, je ne savais pas où j'allais, et c'est après que j'ai commencé à inventer une clinique de la désocialisation qui n'était pas une clinique psychiatrique, mais une clinique de ces gens en souffrance et en proie à des rapports normalement évidents pour nous, qui s'exprimaient de façon privative : sans logement, sans famille – encore que l'on va parfois bien vite pour les étiqueter « sans famille » – sans temporalité à eux, sans intimité, sans espace, avec quelque chose dans le langage qui, souvent, s'étiole au fur et à mesure, et sans réciprocité sociale au sens anthropologique du terme, dans la mesure où ce sont des gens qui se définissent comme n'ayant rien à nous donner, à nous apporter, et qui posent la question de vivre sans aucune utilité sociale… À cette clinique privative s'associaient « en plus » l'alcool et tous les excitants et les drogues, qui viennent eux-mêmes ajouter encore à la désorientation dans l'espace, dans le temps, du langage…

E. D. S. : Dans un ouvrage plus récent (Douville, 2012), vous décrivez un « psychisme en souffrance » chez les personnes SDF…



➔ **S. Q.-Z. :** Comme une lettre restée en souffrance pour citer Jacques Lacan. Je voulais comprendre s'il était possible qu'il y ait une rencontre avec ces personnes, s'il était possible qu'il y ait une adresse. Que cette lettre, ce psychisme en souffrance, devienne un psychisme avec une adresse, une adresse subjective. Mais l'institution ne suivait pas ou n'entendait pas forcément l'importance de cette adresse que l'on confondait avec une simple demande de rendez-vous, administrative, anonyme par exemple. C'était ça aussi que sous-tendait ce « *en souffrance* » : il ne peut y avoir de rencontre qu'à partir du moment où on s'engage à être là, en face, à aider, à donner et prendre un peu patience pour honorer un rendez-vous, qui, seul, en lui-même, peut être le démarrage d'un soin, d'un prendre soin. En tenant compte de l'énorme effort que cela représente pour l'homme et la femme blessés à vif.

E. D. S. : Dans son versant mobile, le Réseau souffrance psychique et précarité était une maraude, vous alliez à la rencontre des personnes...

S. Q.-Z. : Oui, en lien avec l'hôpital, mais je travaillais aussi avec les lieux d'hébergement du Samu social et d'ailleurs. L'idée était que les services de psychiatrie soient là pour résoudre les problèmes de crise, mais que les lieux d'hébergement accueillent le même public pour leur vie au quotidien. Parmi les SDF âgés malades, beaucoup étaient déjà passés par les vieux asiles et ne voulaient plus en entendre parler, tout comme ils ne voulaient plus prendre de traitements neuroleptiques. En tant que psychiatre, ce qui m'inquiétait le plus, c'étaient les jeunes, les femmes, les étrangers, complètement perdus. Des jeunes en errance (*voir aussi l'article de Lorenza Capozoli Biancarelli et Olivier Douville, pp. 34-39*), des jeunes très en souffrance et aussi en souffrance de diagnostic psychiatrique, flirtant de très près avec la question de la psychose sous l'effet des produits, très *border-line*, des sujets sans bord ni limite.

Au bout d'un moment, ce n'est plus un ancrage, c'est du « soudage » à la rue.

E. D. S. : Vous citez, dans votre ouvrage, de très beaux poèmes issus d'ateliers d'écriture.

S. Q.-Z. : J'avais assisté à un formidable atelier, réalisé par une femme, agrégée de français, bénévole, dont c'était le métier d'écrire. J'ai rencontré des hommes qui ne disaient plus grand-chose, car tous ces gens, il faut comprendre qu'ils sont saturés. Ils ont rencontré de nombreux psychologues, psychiatres, et ils en ont assez de notre fascination pour ce qu'ils sont. Mais, à partir du moment où l'on ne leur demande pas de raconter leur histoire, ils peuvent tout d'un coup se mettre à parler comme des poètes. Je sais qu'il existe également des ateliers peinture, des voyages thérapeutiques pour les jeunes. J'ai vu des ateliers informatique, des ateliers photo (*voir l'article de Corinne Cottron* et al., *pp. 45-51*), qui leur permettent d'avoir accès, tout comme nous, à des personnes rencontrées dans leur passé, à leur famille parfois.

E. D. S. : Vous avez également décrit l'« asphaltisation » des personnes, dont le danger est de rester là, dans un coin de rue qui, en même temps, semble faire ancrage pour eux...

S. Z. : Au bout d'un moment, ce n'est plus un ancrage, c'est du « soudage » à la rue. Quand j'ai inventé ce terme, c'était vraiment pour les cas extrêmes. Pas pour cette jeune fille juste au coin de ma rue, par exemple, qui est toujours là, qui s'en va et qui revient, comme si elle avait loué sa place. Ceux dont je parle sous l'angle de l'« asphaltisation » sont ceux pour lesquels se pose la question de la mélancolie, avec cet abandon total du corps, pour lesquels le diagnostic psychiatrique se pose vraiment, eux qui sont désagrégés dans leur corps et dans leur identité.

E. D. S. : Que faire pour ces personnes ?

S. Q.-Z. : J'ai l'impression, aujourd'hui, que tout s'aggrave. La rue est devenue un hôpital psychiatrique à ciel ouvert. Il y a de plus en plus de jeunes, du monde entier, qui errent d'un pays à l'autre, et sans doute aussi de plus en plus de drogues. Ce qu'il faut faire ? Continuer ! Et continuer au cas par cas, le plus possible.

E. D. S. : On décrit souvent un sentiment d'indignité chez ces personnes ?

S. Q.-Z. : Oui, j'ai parlé de l'« *au-delà de la honte* ». C'est-à-dire le moment où les gens ne veulent plus demander. L'indignité est très importante dans cette clinique, il ne suffit pas de grand-chose pour passer de l'autre côté et, à un moment donné, il ne suffit plus de vouloir demander ni d'attendre quoi que ce soit.

E. D. S. : À quel moment avez-vous pris la décision de quitter ces équipes ?

S. Q.-Z. : En 2008 : dix ans, c'est beaucoup, suffisamment pour ressentir une usure évidente ; mais j'ai continué à assurer des supervisions.

E. D. S. : Comment jugez-vous la situation actuelle, les besoins actuels ?

S. Q.-Z. : Maintenant, je pense que c'est plus facile d'agir, car on a déblayé le terrain ; il a fallu mettre en place des réseaux, des trajets, changer les mentalités – auparavant, dès lors que des malades arrivaient en urgence dans les centres psychiatriques d'orientation et d'accueil (CPOA) *via* le Samu social, ils étaient virés ! Tout ça a changé, il y a des codifications plus précises. Quand je suis arrivée, c'était vraiment le chaos, il fallait lutter sur tous ces aspects institutionnels, contacter les gens, c'était épuisant… J'ai le souvenir d'avoir parfois plus œuvré au niveau institutionnel qu'auprès des patients eux-mêmes. J'ai le souvenir de réussites magnifiques de personnes pour lesquelles on pensait vraiment ne plus rien pouvoir faire. Parce que le label SDF est pratique pour cacher de bonnes vieilles psychoses… Maintenant, j'ai le sentiment que les choses ont évolué, que la place des psychologues, par exemple, est bien assise. En fait, ma dernière contribution active sur ce terrain a consisté à participer à une étude – SAMENTA – avec des psychologues et des chercheurs de l'INSEE pour définir qui étaient ces personnes de la rue. Cela a donné des résultats très intéressants, car, selon les lieux où ont été rencontrés ces gens, il ne s'agissait pas des mêmes pathologies ni des mêmes problématiques. C'est-à-dire que, dans les centres d'hébergement d'urgence, on y trouvait notamment des cas de schizophrénie et les grandes pathologies aiguës comme aux urgences psychiatriques ; dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), qui sont destinés à être des lieux de réinsertion, on y trouvait des cas de grande dépression ; et puis, dans les hôtels, où vivent les demandeurs d'asile, il s'agissait plutôt des crises d'angoisse et de panique liées à leur situation.

E. D. S. : Qu'auriez-vous envie de dire aux psychologues ou aux collègues intéressés par cette clinique ?

S. Q.-Z. : J'ai vu des psychologues très heureux dans des CHRS, assurant un très bon travail, vraiment passionnant ; ils se sentent généralement très utiles, surtout quand il y a un travail d'équipe avec des rôles bien établis et des relais avec les institutions… Ils sont parfois le référent dans la structure. C'est un travail de clinicien très intéressant… et gratifiant. C'est vraiment très stimulant, notamment quand on travaille auprès des jeunes. À partir du moment où ils sont accueillis dans une structure, on peut s'engager dans une vraie clinique approfondie, qui n'a rien à voir avec la maraude auprès des grands exclus. Mais il faut faire attention à soi. Je suis retournée récemment en province, et il m'a semblé que les psychologues que je connaissais depuis longtemps étaient beaucoup plus fatigués qu'avant. Ce sont des métiers – psychologues, psychiatres – qui, dans ces milieux, ne doivent pas être exercés toute une vie ou, en tout cas, il me semble que c'est mieux d'avoir une autre activité, dans un cadre plus « habituel ».

E. D. S. : En conclusion… un vrai travail de clinicien et de belles réussites !

S. Q.-Z. : Oui… Je pense, notamment, à ce vieux monsieur qui était au Samu social, qui était une sorte de mascotte, un vieux monsieur psychotique, devant qui je n'ai pas eu peur, à qui j'ai proposé l'hospitalisation, car il devenait très agressif, une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) du Samu social vers un autre service. Cela n'a pas été facile, car il a mordu ! Je passais pour une sauvage ! Et ce vieux monsieur âgé, semblant ancré depuis toujours à l'époque de 1914-1918, s'est totalement stabilisé au bout de quelques semaines de neuroleptique. C'est une vraie réussite ! C'est difficile de faire comprendre que, parfois, une forme de violence est plus respectueuse qu'une écoute qui ne sert strictement plus à rien… Et il y a eu bien d'autres réussites ! Et quelques-unes plus « personnelles » : le fait que les gens me disent qu'après avoir lu mon livre ou écouté les émissions de radio que j'ai faites sur le sujet, ils regardent désormais différemment les personnes de la rue.



Valérie Petit
Psychologue clinicienne
Thérapeute de couples et de familles



Émilie Leroy
Psychologue clinicienne

Être au plus près des personnes en situation précaire : le travail en EMPP

Les personnes en précarité ne se dirigent pas spontanément vers des structures de soins qui pourraient les prendre en charge. Réfléchir à de nouvelles modalités pour aller à leur rencontre… tel est l'enjeu des équipes mobiles psychiatrie-précarité.

Depuis quelques années, le sort des plus démunis est sur le devant de la scène en période hivernale, puis oublié quand vient l'été. Pourtant, à Roubaix, l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) « La Ravaude » travaille toute l'année au contact des personnes en situation précaire.

La ville de Roubaix doit son développement au textile, son industrialisation fut très forte au XIX[e] siècle : de nombreuses usines ont vu le jour sur toute la ville qui fut même appelée la « ville aux mille cheminées ». À partir de 1970, les difficultés se sont accumulées dans l'industrie textile, et les usines ont fermé les unes après les autres. Aujourd'hui, très peu subsistent et, marquée, la ville partage avec Denain (Nord) le titre de « commune française la plus pauvre ». À Roubaix, les trois quarts de la population habitent en zone urbaine sensible (ZUS), le taux de chômage avoisine les 20 %, et 46 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté. S'occuper des plus démunis est, de ce fait, le quotidien de nombreux professionnels. En ce qui concerne la psychiatrie, l'attribution de moyens humains spécifiques pour cette population date de 1995. L'équipe a été baptisée « La Ravaude », en référence au passé industriel textile de la ville (ravauder : raccommoder, reprendre les liens d'une trame de tissus).

Les personnes qui nous sont signalées sont rarement en demande, trop préoccupées par leurs difficultés sociales ; nos interventions se font donc généralement à la suite d'une conversation téléphonique ou d'une rencontre avec nos partenaires sociaux. Ainsi, lorsqu'un travailleur social s'inquiète pour une personne déprimée ou qui présente d'autres difficultés, plusieurs alternatives s'offrent à lui : il peut, lors d'un appel téléphonique ou d'une rencontre, évoquer la situation et proposer de rencontrer une psychologue ; il peut également demander par téléphone qu'une infirmière l'accompagne au domicile de cette personne et nous le mettons en lien avec l'infirmière de notre structure qui travaille sur le secteur de rattachement concerné. Cela facilite le relais s'il doit y en avoir un.

Enfin, lors d'une réunion d'appui aux professionnels, il peut évoquer la situation, afin que nous réfléchissions ensemble à la solution que nous pourrions apporter. Notre rôle est d'intervenir auprès des personnes en situation de précarité, mais également auprès des professionnels du social, afin de leur offrir notre « expertise » dans leur prise en charge. Comme l'écrit Jean Furtos (2007), « *la souffrance psychique d'origine sociale a des effets sur les personnes qui les vivent et sur les professionnels qui les reçoivent* ».

Nous intervenons de manière intersectorielle dans différentes structures sociales, en utilisant des médiations différentes pour nous adapter au mieux au fonctionnement de ces structures. Comme nous allons le détailler, nous travaillons sur l'arrondissement de Roubaix avec les missions locales (accueil des demandeurs d'emploi de moins de vingt-cinq ans), les acteurs sociaux de la ville (service de réussite éducative, CCAS, centres sociaux…) et les structures d'hébergement (CHRS, foyer de vie…).

« CAP SUR MOI » EN MISSION LOCALE

Ainsi, en mission locale, nous tenons des permanences « écoute-santé ». Ces *missions* sont destinées aux

La Ravaude

L'équipe mobile psychiatrie-précarité, la Ravaude, est un dispositif intersectoriel de l'Établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise qui couvre les secteurs de Roubaix et son agglomération. Elle propose différents modes d'intervention, individuels et collectifs, à destination des personnes et des professionnels.

L'équipe est entièrement féminine et se compose aujourd'hui de six personnes : deux psychologues et quatre infirmières. Les infirmières sont volontairement à mi-temps sur l'équipe de la Ravaude et à mi-temps sur l'un des quatre secteurs de l'arrondissement, facilitant ainsi le lien avec les services de psychiatrie en cas de besoin.

La Ravaude s'est fixé plusieurs objectifs :

• **Amener** les personnes « précaires » en souffrance psychique vers les soins proposés par les secteurs de psychiatrie, et ce, en allant au-devant d'elles, dans les structures qu'elles fréquentent.

• **Faciliter leur prise en charge** par les secteurs de psychiatrie (notamment en travaillant avec la permanence d'accès aux soins de santé – Pass-Psy quand les personnes n'ont pas de droits ouverts).

• **Entretenir le lien avec les intervenants** de structures sociales dans un souci de partenariat, d'échanges de pratiques, de recueil des observations et des difficultés.

jeunes adultes de seize à vingt-cinq ans rencontrant des difficultés d'accès à l'emploi et à la formation. Des conseillers d'insertion professionnelle (CIP) sont présents pour leur proposer un accompagnement personnalisé, et les orientations vers la psychologue sont le plus souvent à l'initiative de ces CIP. Ils sont les premiers à recueillir la parole des jeunes et, parfois, leur souffrance. C'est à eux de présenter notre permanence et d'amener le jeune à nous rencontrer. Ils doivent parfois être persuasifs pour que le jeune passe outre ses résistances. Les jeunes y sont accueillis en entretiens individuels et, de ce fait, c'est aussi ce que nous leur proposons lors de nos permanences. Nous avons à disposition un bureau (discret pour ne pas stigmatiser la personne) et y recevons ceux qui le souhaitent. Ponctuellement, nous animons des actions de prévention : il s'agit d'utiliser un support de communication pour échanger sur la psychiatrie, les professionnels de l'écoute, les maladies mentales.

À la mission locale de Roubaix, par exemple, une CIP formée au développement personnel anime une semaine de modules intitulés « Cap sur moi ». Au cours de cette semaine, les jeunes s'interrogent sur leurs freins à l'emploi ou à la formation, aidés de professionnels (coach, art-thérapeute, conseillère en image…) dont nous faisons partie. Nous intervenons une demi-journée, au cours de laquelle nous proposons aux jeunes un temps d'échange avec support, un photo-langage le plus souvent (ou un acrostiche si le public a un accès facilité à l'écrit), dans le but de travailler la prise de parole en public et la confiance en soi. Nous leur présentons l'offre de soins en psychiatrie, les invitant à consulter si besoin. Notre présence leur permet de gommer leurs *a priori*, et certains prennent rendez-vous à l'issue de cette intervention. C'est à la suite de notre présence au module « Cap sur moi » que nous avons rencontré **Amélie**, en octobre 2009. Elle a alors dix-neuf ans. D'emblée, elle parle de ses problèmes familiaux, de logement et de sa consommation d'alcool. Elle évoque des idées noires, des troubles du sommeil, des angoisses, pour lesquels son médecin traitant lui a prescrit un antidépresseur. Elle vit chez les voisins de sa grand-mère maternelle depuis un mois et demi. Cette dernière et sa tante l'ayant mise dehors après une dispute. Son père est décédé quatre ans plus tôt d'un cancer. Il était alcoolique et violent. Sa mère l'a abandonnée quand elle avait huit ans ; elle a refait sa vie et ne souhaite plus avoir de contacts avec elle. Amélie a également très peu de liens avec son frère et sa sœur ; elle met toutefois en avant une relation forte avec sa nièce qu'elle voit malheureusement peu. Elle est en recherche d'un foyer d'hébergement. Elle vient régulièrement aux rendez-vous, parle beaucoup de sa famille et de son enfance. Parallèlement, elle réalise un stage en école maternelle ; elle se sent mieux, a diminué sa consommation d'alcool. En février 2010, elle emménage dans un foyer pour jeunes majeurs (accueil de dix-huit à vingt et un ans). Le mois suivant, Amélie change de projet professionnel, décroche un contrat en alternance dans la restauration en vue d'un CAP. En juin, ses angoisses reviennent : sa grand-mère a un cancer, et elle a essayé de se rapprocher sans succès de sa mère. →

Nous leur présentons l'offre de soins en psychiatrie, les invitant à consulter si besoin.

Elle alterne alors des périodes où elle « déprime » avec des périodes où elle arrive à prendre un peu de recul par rapport à son histoire familiale. En août, elle démissionne. Elle ressent alors une grande pression de la part des éducateurs : il faut qu'elle ait un revenu, afin de préparer son départ du foyer vers un logement autonome. Elle a peur d'être à la rue. Elle consomme à nouveau de l'alcool le soir quand elle est seule. En février 2011, Amélie a vingt et un ans, le foyer ne peut plus l'héberger. Elle refait donc un « passage » chez sa grand-mère et sa tante ; la cohabitation se révèle difficile. Elle reprend un contrat professionnel chez un autre employeur pour valider son CAP. Son assistante sociale lui trouve un logement indépendant et elles conviennent de la visite hebdomadaire d'une éducatrice. Elle accepte de se déplacer au centre d'alcoologie, mais ne s'y rend finalement que deux ou trois fois.

Elle est hospitalisée à deux reprises pour un coma éthylique. Elle ne peut plus assurer ses fonctions chez son employeur et se met donc en arrêt de travail. Elle souhaite quitter Roubaix. Quelques mois plus tard, elle démissionne de son contrat de professionnalisation. Elle est hébergée chez des amis en Belgique, puis sur Armentières.

Sa grand-mère décède en mai 2012. Les rendez-vous à la permanence écoute et avec la conseillère-emploi s'espacent. Amélie a, tout au long de son accompagnement, travaillé sur sa place dans sa famille, ses rapports avec sa mère, avec sa grand-mère, le rôle de chacune d'elles. Elle a trouvé chez sa thérapeute une figure de référence capable de l'écouter, de la conseiller.

En mission locale, l'entretien individuel peut également être l'occasion de déceler le retard intellectuel ou les propos délirants d'un jeune. Ainsi, **Sonia** a été orientée par sa conseillère-emploi, fin novembre 2009. Elle a alors dix-neuf ans et habite au domicile familial. Lors du premier entretien, elle se demande pourquoi elle est là, devant la psychologue, parce que tout va bien selon elle. Elle est venue au rendez-vous pour « faire plaisir » à sa conseillère. Elle dit avoir déjà été suivie en CMP pour adolescents pendant longtemps et aurait eu des cachets pour dormir et se calmer. Elle parle de personnes qui viennent la voir la nuit : « *Ce sont mes amis, ils m'aident.* [...]. *Je suis déjà sortie avec eux le soir, ils me donnent du travail, je balaie les rues.* » Personne dans son entourage ne verrait ces personnes, mais elle dit que ce n'est pas grave : « *Moi, je ne suis pas folle, c'est eux !* » À la fin de l'entretien, elle énonce quand même que, lorsqu'elle n'obéit pas à ses amis, ceux-ci la pincent et lui donnent des claques. De même, elle dit être fatiguée la journée, car leur présence l'empêche de bien dormir la nuit. Je profite donc de cette plainte somatique (manque de sommeil et fatigue) pour lui proposer de la revoir. Après quelques entretiens à la mission locale, elle est d'accord pour se rendre au CMP pour adultes, afin de rencontrer un médecin psychiatre : il a été avancé que sa fatigue l'empêchait de faire une formation et qu'elle devait trouver un moyen de mieux dormir, mais, selon elle, « *sans faire partir* [s]*es amis* ». Le rendez-vous a lieu en mai 2010. En août, elle accepte le traitement proposé par le médecin. Parallèlement, elle garde un lien avec sa conseillère-emploi. Celle-ci, à la demande de Sonia, la positionne sur un bilan de compétences qui sera interrompu après quelques rendez-vous, compte tenu des propos délirants de la jeune femme. Fin janvier 2011, un test d'efficience intellectuelle est réalisé, qui met en évidence un retard mental. Une demande d'allocation adulte handicapé (AAH) est alors effectuée, qui sera validée par la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) quelques mois plus tard. Sonia continue à fréquenter la mission locale, même après cette décision. Elle a pris conscience que sa conseillère n'allait plus être présente pour l'emploi ou la formation, mais elle a gardé ce lien privilégié. Il en est de même en ce qui nous concerne ; elle sollicite un rendez-vous tous les six mois environ et se justifie par : « *Je viens vous donner de mes nouvelles.* » Sonia évoque, en effet, un grand sentiment de solitude. Des activités au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel lui sont proposées, mais cela ne répond pas à ses attentes. Nous constatons ici l'importance du lien qui peut être créé dans la mission locale. Ce n'est qu'un an après la première rencontre, lors de la permanence « écoute santé », que les orientations ont pu être effectuées avec succès. En mission locale, nous sommes confrontées à une population jeune et, donc, parfois, aux problèmes d'addiction avec ou sans produit. Pour cela, une bonne connaissance des partenaires pouvant aider est nécessaire. Si le jeune semble fragile et vulnérable pour ses démarches de soin, nous pouvons lui proposer l'accompagnement d'un éducateur du club de prévention de son quartier. Tous les jeunes de mission locale en souffrance psychique ne nous rencontrent pas. Toutefois, quand ils sont freinés par des problèmes personnels et refusent de nous rencontrer, les CIP se trouvent alors en difficulté pour les accompagner. C'est pourquoi nous restons à leur disposition

Elle ne souhaite pas avoir de contacts sociaux, ne veut pas avoir d'amis, d'implication émotionnelle.

pour évoquer les situations problématiques et apporter notre soutien par un éclairage technique.

LES CENTRES SOCIAUX

Ici, les conditions d'accueil sont différentes. Y sont proposées des animations de groupe pour les enfants (aide aux devoirs, garderie, centres aérés…) et pour les adultes (activités sportives, manuelles, atelier diététique, alphabétisation, informatique…). Les personnes en souffrance sont repérées lors de ces moments en groupe ; il leur est proposé de nous rencontrer ponctuellement sous la forme d'entretiens individuels.

Une animatrice prend rendez-vous la première fois pour **Nathalie** au centre social, en raison d'un « passage à vide » : « *Je suis toujours plus ou moins déprimée, mais, là, c'était différent.* » À cinquante ans, elle vit seule et n'a pas d'enfant. Elle a un frère et une sœur qu'elle ne voit quasiment pas. Sa mère vit dans le midi, elles se téléphonent régulièrement et se voient deux fois par an (Nathalie passe l'été chez elle, et elles se voient pour Noël). Son père ne donne plus de nouvelle depuis très longtemps. Elle est sans travail depuis plusieurs années et perçoit le RSA. Depuis quelques mois, elle participe à l'atelier « théâtre » du centre social. Ce sont ses absences à l'atelier qui ont alerté l'animatrice ; celle-ci a alors insisté pour qu'elle assiste aux répétitions et Nathalie a craqué. Institutrice suppléante, elle a exercé trois ans, notamment en maternelle. Elle a démissionné juste avant sa titularisation : l'année précédant la titularisation est jalonnée d'inspections, et elle n'a pas supporté la pression. Elle a consulté un psychiatre à cette période. Après sa démission, elle a quitté son logement qu'elle ne pouvait plus payer et a vécu un temps dans l'appartement laissé vacant par sa mère, puis chez sa sœur. Durant son séjour chez cette dernière, elle a été hospitalisée un long moment en psychiatrie pour dépression. Elle en garde le souvenir d'avoir été abrutie par les médicaments. Nathalie a vu son psychiatre plusieurs années avant d'interrompre tout suivi. Concernant son « passage à vide » actuel, elle évoque la fatigue, le fait que janvier soit un « mauvais » mois… Elle dit ne pas se sentir aussi mal que lors de son hospitalisation. En dehors du théâtre, il n'y a rien dans sa vie, elle va de temps en temps à la piscine avec le centre social. Elle ne souhaite pas avoir de contacts sociaux, ne veut pas avoir d'amis, d'« implication émotionnelle » ; elle ne veut rien ressentir : « *C'est quand même moins fatiguant.* » Plus jeune, elle a eu une vie « normale », elle a vécu en internat, est allée en camp l'été, a fait partie d'un club de handball… Mais elle ne veut plus vivre ainsi et déclare : « *Je ne veux plus qu'on me porte de l'intérêt, au bout de cinq minutes, on a fait le tour.* » Nathalie accepte de se rendre au CMP pour nos rendez-vous, puis de rencontrer le psychiatre qui lui propose un traitement. Elle le refuse dans un premier temps, puis accepte de le prendre pendant les vacances d'été qu'elle passe chez sa mère. Nous prévoyons de nous revoir à son retour. Nathalie ne serait pas venue d'elle-même au CMP prendre rendez-vous avec un psychiatre. Notre intervention au centre social a été déterminante.



Dans les centres sociaux, nous proposons également, à la demande, des ateliers de prévention et des groupes de parole. Ces deux types d'intervention sont animés par un binôme de deux psychologues ou d'une psychologue et d'une infirmière. Les ateliers de prévention sont des animations ponctuelles organisées sur demande, à destination des usagers. La mobilisation est variable d'une séance à l'autre, avec souvent une forte participation de femmes. Différents thèmes peuvent être développés, il peut s'agir d'une présentation globale des maladies mentales, d'un échange autour du sommeil… Le plus souvent, nous proposons une action intitulée : « Stress, déprime, dépression, comment savoir ? » Nous débutons l'atelier par un *brainstorming* qui nous permet de rectifier les idées reçues sur ces différents troubles. Puis, *via* →

l'utilisation de supports de communication (extraits de vidéos, témoignages…) ou un échange autour d'un outil pédagogique, nous dialoguons avec le groupe de façon à enrichir les connaissances. Au cours de ces ateliers, nous informons le public sur notre profession, nos missions, celles de la psychiatrie. Si les usagers souhaitent poursuivre ces échanges, nous leur proposons une nouvelle rencontre sur un thème moins général (le stress, par exemple). Là encore, nous utilisons des supports interactifs, comme des jeux de plateau ou une auto-évaluation du stress, pouvant ouvrir le dialogue. L'objectif de ces ateliers de prévention est d'informer sur les troubles psychiatriques, les soins associés et sur leur accès. Parfois, ils débouchent sur quelques prises en charge individuelles.

Le groupe de parole est intitulé « Sensibilisation à la connaissance de soi ». Il se déroule en quatre ou cinq séances de deux heures chacune et rassemble sept à huit personnes. Il est fermé, afin de favoriser une unité entre les participants et une cohérence dans les propos rapportés à chaque séance. Il s'agit d'un atelier favorisant la communication. Différents supports et outils (photo-langage, rêve éveillé dirigé, écoute musicale…) sont utilisés pour que les participants puissent prendre la parole. N'étant pas à visée thérapeutique, mais plutôt préventive, ce groupe est l'occasion, pour l'usager, de faire un arrêt dans le temps, de ne plus se définir uniquement en rapport avec sa situation sociale, mais de prendre en compte ses besoins, doutes, peurs, joies… en tant qu'individu.

Le groupe est l'occasion de ne plus se définir uniquement en rapport avec sa situation sociale.

Par exemple, les dames mettent très souvent l'accent sur leur rôle de mère de famille. Nous les invitons, dans ce cadre, à appréhender leur statut avec davantage de recul pour laisser émerger leur vie de femme. Après deux ou trois séances, elles nous confient que cela leur fait du bien de « *couper avec le ménage, la cuisine…* » Dans cet espace de parole, elles repensent à leur parcours de vie, leur enfance ; elles évoquent leurs projets.

LE SERVICE DE RÉUSSITE ÉDUCATIVE

Nous travaillons également en partenariat avec le service de réussite éducative de la ville qui s'adresse aux enfants scolarisés sur Roubaix et qui nous signale les parents en souffrance. Nous les recevons généralement lors de nos vacations en CMP. C'est par ce biais que nous avons rencontré **Aline**, mariée, mère de deux enfants. Son fils, Adam, est suivi par le service de réussite éducative pour des problèmes de comportement. Elle est désarmée face à ces troubles qu'elle constate également à la maison. Aline est française, son mari est d'origine marocaine, et leurs principes éducatifs divergent énormément, laissant leur fils, âgé de sept ans, sans repère. Monsieur travaille et n'est pas présent en journée. Aline profite alors de ces moments pour faire respecter les règles qu'elle a établies, mais, quand son mari rentre, tout est remis en question : Adam est traité comme un petit roi, rien n'est trop beau pour lui (ce qui n'est pas le cas pour sa petite sœur). Aline explique que son mari passe peu de temps avec son fils et qu'il cède à tout quand ils sont ensemble. Nous réfléchissons au moyen de multiplier les temps père-fils pour que Monsieur prenne conscience du comportement d'Adam. Après une période de vacances, Aline, satisfaite, raconte qu'elle a laissé son mari et son fils ensemble le plus souvent possible. Elle a ainsi pu consacrer du temps à sa fille, qu'elle délaisse tant les troubles du comportement d'Adam sont envahissants. Monsieur a pu constater combien Adam était difficile à contenir et, à plusieurs reprises, il a lui-même perdu patience. Aline et son mari ont ainsi pu convenir de règles pour leur fils, et tous deux se sont mis d'accord sur les sanctions. Aline est désormais plus sereine, elle envisage de reprendre un emploi. Elle aimerait avoir des horaires décalés de ceux de son mari. Elle le sent capable de prendre en charge les enfants le matin, et elle prendrait le relais le soir.

Les vacations en CMP nous permettent de recevoir les usagers sur leur secteur de psychiatrie. Nous essayons donc, dès que nos suivis l'acceptent, de leur donner rendez-vous dans le CMP dont ils dépendent. Cela nous permet de désengorger nos permanences dans les structures sociales. De plus, si une consultation médicale s'avère nécessaire, l'orientation se fait plus facilement. Notre rôle n'est pas de créer un système de soins pour précaires, mais de les amener vers la psychiatrie publique.

LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION

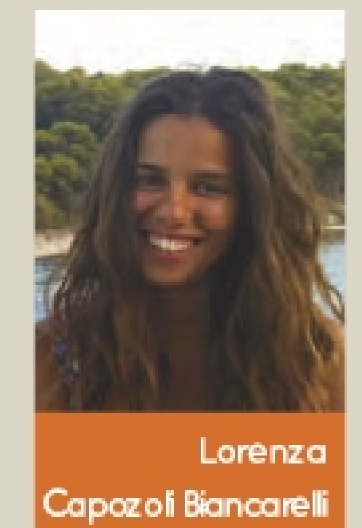
Dans les CHRS, les infirmières de l'équipe assurent des permanences pour le public. Elles mènent des entretiens à visée diagnostique et orientent, si besoin, les personnes vers les secteurs de psychiatrie. Nous sommes également présentes dans certains CHRS lors des réunions d'équipe. Nous y proposons un appui aux professionnels : au cours de la réunion, un travailleur social évoque la situation d'un résident, afin que nous puissions apporter notre « expertise » et notre vision. C'est ainsi que la situation de **Frédéric** a été évoquée.

Frédéric a trente et un ans, il occupe un appartement en ville, tout en bénéficiant du suivi d'un éducateur du CHRS. Il a subi des violences au cours de son enfance qui ont conduit à son placement, et il en a fait subir pendant son adolescence, puis à l'âge adulte, ce qui lui a valu plusieurs renvois de structure d'accueil. Frédéric a été hébergé par le CHRS durant deux ans, a bénéficié ensuite d'une location en bail glissant et a maintenant son propre logement.
Il a des soucis avec son propriétaire qui a eu des propos et des gestes incorrects. Il ne souhaite pas porter plainte tant qu'il est en logement, par peur des conséquences. Depuis quelque temps, Frédéric ne va pas bien, les voisins se plaignent de l'entendre hurler la nuit, il déverse ses poubelles dans la cour commune… Son éducateur essaie de trouver un logement plus adapté par le biais d'une association s'occupant d'adultes déficients mentaux, mais la tâche n'est pas aisée en raison des comportements de ce jeune homme difficile à raisonner. À la suite de cet appui aux professionnels, nous rencontrons Frédéric. Ce dernier exprime facilement son mal-être, tout en disant ne pas être fou. Il accepte un suivi… mais n'honorera pas ses rendez-vous. À plusieurs reprises, l'éducateur de la structure me parle de lui : il a refusé le logement adapté, car il ne pouvait y emmener ses hamsters. Quelques mois plus tard, c'est le directeur de la prévention et des relations police-justice qui nous interpelle à la suite de troubles du voisinage causés par Frédéric. La situation est revue en réunion d'appui aux professionnels sans que nous puissions trouver de solution. Nous apprendrons que ce sont finalement les voisins qui ont déménagé.

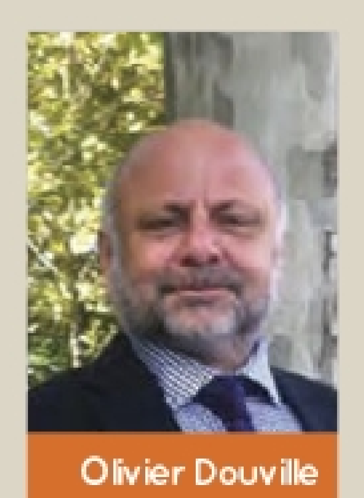
DES MISSIONS À POURSUIVRE…

Ainsi, ce sont souvent les travailleurs sociaux (en mission locale, les CIP) qui nous orientent vers les personnes.
Il nous faut donc, dans un premier temps, aider ces personnes à s'approprier la demande, ce qui peut prendre du temps. Certaines (les plus nombreuses) ne seront présentes qu'à un ou deux rendez-vous, évoqueront brièvement leur histoire de vie et…, dans le meilleur des cas, reviendront quelques semaines ou mois plus tard, demandeuses d'un suivi. D'autres viendront fidèlement aux rendez-vous, d'abord parce que « ça leur fait du bien de parler », puis parce qu'elles « veulent que cela change ». Enfin, quelques personnes sont, dès le début de la prise en charge, en demande d'un suivi psychothérapeutique, mais cela reste rare. Dans la majorité des cas, nos suivis sont (trop) brefs. Alors, il est rassurant et encourageant d'avoir de bonnes nouvelles de personnes rencontrées par le biais d'un travailleur social, ou tout simplement un remerciement à l'issue d'une rencontre lors d'une permanence d'écoute.
Voici un petit message qui nous a été adressé, il y a quelques mois, et qui renforce notre envie de poursuivre nos missions : « *Je me permets de vous adresser mes remerciements pour votre aide précieuse. Je sais que mon chemin de vie sera long, difficile parfois, mais avec toujours un esprit combatif au bout de chaque chose. J'espère de tout cœur avoir la vie que je mérite, même si les distances se feront avec le temps* […] *espérant ne pas reproduire les mêmes erreurs.* » ◗

Des fonctions subjectives chez des adolescents et des



Lorenza Capozoli Biancarelli
Étudiante en M2 de psychanalyse, Université Paris-7-Denis-Diderot



Olivier Douville
Psychanalyste, Association française des anthropologues
Maître de conférences des universités, laboratoire CRPMS, Université Paris-7-Denis-Diderot

Caminante est l'un des ces jeunes errants qui va d'un groupe à l'autre ou qui voyage seul avec son chien… Sa rencontre a ouvert une voie singulière de réflexion sur l'errance envisagée ici comme un aménagement psychique permettant de rendre moins destructrice une psychose à l'œuvre depuis l'adolescence. Un autre regard que l'on peut poser sur ces jeunes pour mieux les accompagner dans le « monde » dans lequel ils sont parvenus à s'inscrire.

DE NOS PRÉSUPPOSÉS

Comment aborder des adolescents ou des jeunes adultes en errance ? Nous proposons qu'il convient de les aborder comme s'ils avaient élu domicile là où ils sont, tout en privilégiant une approche non déficitaire du sujet. Proposer cet angle de vue revient à dire que le sujet en errance ne va pas seulement être considéré comme celui qui n'a pas réussi à fixer un itinéraire, comme celui qui n'a pas réussi à s'insérer, etc. (Bouillot, 2004 ; Elfakir, 2005 ; Douville 2008 et 2010 ; Chobeaux, 2011).
Nous postulons donc que l'errance est autant le nom d'un « désordre de la conduite » que celui d'une solution que nombre de jeunes adultes, d'adolescents aussi, trouvent pour se protéger de l'angoisse, pour se sentir réel, voire, pour certains, pour soigner une psychose naissante – ce qu'indiquera l'exemple clinique présenté en fin d'article.
En outre, dès qu'il s'agit de l'errance, on désigne et on observe un montage entre des partenaires, c'est-à-dire entre le sujet qui fait un usage assez particulier du temps, de l'espace, du corps, de la parole, et ceux qui s'en occupent ou qui tentent de le faire. Dès que l'on parle d'« errance », on mentionne le fait qu'il y a des professionnels concernés. Et l'on ne peut uniquement traiter les fonctions psychiques de l'errance, sans considérer le travail psychique de ceux qui s'occupent de ces jeunes. Qu'est-ce qui fait qu'après tout, on arrive à accrocher avec des sujets en errance ?
Ce qui nous semble tout à fait important, c'est la question du domicile, soit la possibilité subjective du « prendre lieu ». À cette question du domicile, l'être humain a des façons d'y répondre qui ne sont pas congruentes selon les époques, qui ne le sont pas non plus selon les cultures, ni encore selon les générations. Dans le passage de l'adolescence, le jeune doit se désabonner des identifications de la famille, du surmoi familial, etc. C'est ça l'errance, cette tentative de trouver quand même des figures d'altérité qui soient nouvelles. Il se fait donc un essai de rigueur dans l'errance. C'est là que nous sommes, cliniciens et travailleurs sociaux, portés aux limites, parce que ces sujets s'adressent à nous dans l'urgence. Ou ils s'adressent à nous, ou ils sont signalés par d'autres errants dans l'urgence. Ils sont au « bout du rouleau », dénutris, drogués… Il faut faire quelque chose. C'est ça l'urgence. Or, dès que le modèle urgentiste s'impose, vient, au premier plan, la représentation d'un sujet « sans ». Si l'on veut être un peu dans le *pathos*, on va dire que c'est un sujet « sans », parce qu'il a été privé ; donc le sujet « sans » devient une victime. On entend par « victime » celui ou celle qui a été privé(e) du droit, de la sécurité, des soins primaires. Et, par conséquent, il faut répondre à cette privation par un don.
Or, si l'on s'en tient à cette logique seule, ne serait-ce que sur le moyen terme, alors elle est mise en échec. Cette logique, il faut la doubler d'une autre. Si l'on fait l'hypothèse qu'il y a du sujet, on va aborder la personne comme si elle avait élu domicile et, à ce moment-là, on se dit que cette errance est un essai de rigueur pour trouver, au bout d'un épuisement, une possible bonne rencontre. Alors, ce lieu où ils ont échoué, traitons-le comme un domicile. Ce paysage

de l'errance
jeunes adultes

psychique qui semble atténué, traitons-le comme un essai de rigueur. Et ce sujet qui semble désespéré du contact avec l'autre, traitons-le comme un être en mouvement et venons à sa rencontre avec l'idée qu'il pourrait tout de même y avoir une bonne rencontre pour lui. Et, là, il faut faire très attention, car nous avons beaucoup de mal à résister à une position mégalomaniaque avec des jeunes errants. Position mégalomaniaque qui, finalement, a deux faces, comme une pièce de monnaie : être enfin, et pour la première fois, le premier autre sur lequel ils peuvent compter ; et être enfin, et presque pour la dernière fois, l'autre ultime, celui qu'ils cherchaient, sans savoir qu'ils le cherchaient. On est là souvent, nous autres soignants, dans une position tout à fait mégalomaniaque. Cette position mégalomaniaque ne pourra être que déçue, et c'est heureux. Et l'on verra alors le jeune échouer devant un projet professionnel représenté comme une planche de salut, ou faire mine d'arrêter de prendre des toxiques, alors qu'il va continuer de plus belle, etc.

L'ERRANCE OU LES ERRANCES ?

Qu'est-ce que l'errance ? Le plus simple est de la définir comme une impossibilité d'être fixé quelque part. Une impossibilité d'être fixé, au point même que certains disent qu'ils sont sous la coupe d'une espèce d'impératif… une sorte de voix intérieure… une tonitruance interne qui leur dit non pas « *va ailleurs* », mais « *fous le camp* », ce qui est très différent. Voyez la différence avec ce qui peut nous mettre en mouvement, soit l'accolement entre quelque chose qui nous demande de bouger et quelque chose qui nous promet un accueil *a minima*. Un accolement, une sorte d'essaim de voix ou de signifiants qui nous disent : « *Va t'en !* », et un autre qui dit : « *Tu iras là.* » Le « là » n'a pas besoin d'être très explicité. Mais « *Va ! Pars, lève le camp ! Libère-toi de l'énorme platitude de l'espace, dégage-toi de la répétition inlassable du temps… Il y a des encoches qui t'attendent, des failles, des coins où tu vas pouvoir te trouver quelque chose.* »

C'est ça qui fait que le mouvement est un mouvement, qu'il n'est pas une fuite ou une expulsion. Ce qui est très important à comprendre avec les jeunes errants, c'est qu'ils sont sous la coupe d'une injonction qui les expulse, qui les fait dériver sans recoupement de trajets, sans point fixe. Ils essaient de répondre à cette injonction en essayant de l'épuiser, en allant au bout de ce qu'elle intime de faire. C'est-à-dire que, pour ne plus être sous le coup de cette pression interne, ils vont partir le plus loin possible en ligne droite. Parfois, il y a des lignes beaucoup plus balisées, par des errances beaucoup plus plastiques, et ce qui va leur permettre de l'interrompre, ce n'est pas le fait d'avoir trouvé l'endroit où ils sont bien, mais l'épuisement ! Ce sont des sujets qui sont en manque de sommeil, de façon extravagante.

Une des fonctions mentales de l'errance est sans doute de traiter, de venir à bout d'une détermination d'expulsion, en épuisant et en prenant comme matière même de cet épuisement ce que cette voix ordonne de faire. C'est absolument flagrant. C'est ce que me répondait un jeune à cette question mal posée : « *Pourquoi est-ce que tu t'es arrêté dans ton errance… dans telle ville ?* » (Ce pourrait être Neuilly-sur-Marne ou, s'il s'agit d'un enfant du Mali, ce pourrait être le nœud routier qui est à trente kilomètres de Bamako *.) C'est une question très mal posée, car elle laisse supposer qu'il y a eu un choix d'aller vers ce lieu. Si on ne peut pas tout à fait gommer cette affaire de choix, en réalité, quand on aborde ces jeunes, si on leur demande : « *Pourquoi tu t'es arrêté dans tel endroit ?* », on constitue déjà comme étant noué le lien entre le sujet et la demeure. C'est-à-dire entre le sujet et l'endroit. Or, la seule question, c'est : « *Qu'est-ce qui fait que tu t'es arrêté ?* » Et ensuite, ô surprise : « *Peut-être que cet* →

Note

* Olivier Douville a régulièrement participé à la mise en place du Samu social au Mali, à Bamako, de 2000 à 2010.



→ *endroit a voulu dire quelque chose pour toi ?* » Et, à cette première question, ils nous ont répondu que ce « quelque chose » était l'épuisement. C'est-à-dire non pas « *je voulais être là* », mais « *je ne pouvais aller plus loin* ». « *Je ne pouvais pas aller plus loin* », voici une phrase intéressante.
L'errant va s'arrêter dans le lieu où les drogues n'ont plus d'effet. Le non-effet ne lui permet pas de pousser sa déambulation au-delà. Il se produit une panne dans les fonctions mentales qu'amène ou que remanie la prise de toxiques. Les drogues n'ont plus d'effets, et si une drogue n'a plus d'effets, qu'est-ce qu'on fait ? On l'arrête dans certains cas. Ou on double les doses, dans d'autres. Parce que les errants sont des sujets modernes, ils sont comme beaucoup de gens : ils prennent des produits pour dormir, et ils en prennent pour se réveiller. C'est absolument moderne. Ils prennent de la pharmacopée illégale pour anesthésier le psychisme.
Si nous voulons situer ce qui fait la rigueur de l'errance, nous nous rendons compte que la vie psychique d'un errant se fait en binôme la plupart du temps. Nous pouvons très bien décrire la régression progressive du domaine de la fugue, de la fugue en nomadisme et du nomadisme en errance, puis en échec de l'errance. Passant souvent inaperçue, mais pourtant tenace, la polarité de ces sujets à faire lien avec une source de vie qui est proche d'eux est remarquable. Ils se présentent comme des survivants, en prenant soin de la survie d'une partie du corps qui est logée à l'extérieur d'eux, mais pas loin d'eux. Ils l'ont sous leur protection. Ce qui explique aussi pourquoi certains de ces grands errants vont se présenter à nous comme ayant eu la capacité de prendre soin d'un autre qui va encore plus mal qu'eux. Ce qui est important, c'est d'éprouver et de se montrer comme quelqu'un qui survit à une position mélancolique, en prenant soin d'une vie, une vie qui est réduite à quelque chose de toujours continu. Il s'agit aussi bien d'une vie animale que de la vie d'un autre, qui est dans la continuité d'être absorbé ou abruti par le même produit.
Dans cette monstration de la dignité gîte un appel. Parce que le sujet adolescent est un sujet, il est voué à travailler l'altérité, à vivre son désir et sa peur d'altérité, à prendre soin de ce qui est discontinu. Comme la parole humaine, comme la voix humaine, comme la présence, l'absence…
Il sera ainsi soutenu que l'errance mobile peut permettre à certains sujets psychotiques qui n'ont jamais rencontré une crise de ne pas s'affronter à une « injonction » susceptible de les forcer à se référer à une fonction paternelle et, donc, à construire une métaphore délirante. C'est cet écart entre le symptôme de la civilisation et la frontière que la route impose qui permet au sujet de pouvoir vivre sans cette référence à la fonction paternelle, ou plutôt de se référer à un savoir qui émane de lui-même (Calligaris, 1991). L'art, la musique et d'autres univers se croisent sur ces routes sans fin, où le sujet met en scène sa carte psychique de l'infini.
Le sujet psychotique hors crise sera conçu non pas comme un sujet sans signification, mais comme quelqu'un qui n'a pas une signification centrale, ancrée.
Cette élucidation va nous permettre de répondre à la question de savoir pourquoi ce sujet ne crée des liens que dans le groupe nomade. Car le symptôme social dominant est la névrose ; et le psychotique rencontre toujours l'injonction de se référer à une instance paternelle.
L'intérêt de ce travail est d'ouvrir une réflexion à la question de la prise en charge et des projets destinés à des sujets en errance. La différenciation entre errance dans la névrose et dans la psychose est ainsi une alerte. Une fois que l'errance peut soigner, stopper la mobilité du sujet et proposer à ces sujets de suivre une seule route peuvent être une erreur de grande gravité. L'errance remplit une fonction, et nous devons parier sur la solution rencontrée par le sujet. Acceptons alors, dans certains cas, que la psychanalyse soit une route de plus sur la carte. Ce qui, en aucun cas, n'est synonyme d'une écoute moins importante.

L'ERRANCE, UNE SOLUTION À LA PSYCHOSE

L'hypothèse que nous proposons ici est que les effets de l'errance permettent au sujet de jouer d'un intervalle devant



ce qu'aurait de pétrifiant toute assignation à endosser son nom et son corps une bonne fois pour toute. Le choix d'errer offrirait-il de ne pas exister en tant que sujet face à la loi ? Circuler seulement dans les groupes nomades va donner à de nombreux jeunes l'occasion de poser un écart avec ce qui pourrait les forcer à s'insérer dans un lien social dont ils ne possèdent pas les clés, bref de « s'échapper », comme le dit très justement l'un d'entre eux, qui s'est lui-même nommé « Caminante ».

Caminante vit sur la route depuis quinze ans. Il peut autant s'intégrer dans un groupe nomade, au sein duquel il a quelques connaissances, que voyager seul, sans la moindre anxiété. Quelque chose a marqué d'emblée la rencontre entre Caminante et Lorenza Biancarreli : l'emploi fréquent du terme « échapper ». Ainsi, tout ce qui pouvait représenter le mouvement de passer à autre chose, ne serait-ce que dans le fil de son discours, était indiqué par l'usage de l'expression : « *Je m'échappe.* » Nous avancerons dans la lecture de ce cas en prenant tout d'abord appui sur ce qu'il a pu nous dire de sa relation avec son père.

La naissance de Caminante fut vécue par son père comme un obstacle au voyage, « à l'aventure » qu'il projetait de faire en Amérique latine. Lorsqu'il apprit la grossesse de son amie, ce futur père ne renonça que très difficilement à sa vie erratique. Caminante souligne encore que l'unique moment de la journée où il rencontrait son père était lorsqu'il entrait dans sa chambre, le soir, pour éteindre la lumière.

Ce que Caminante rapporte du discours du père, c'est qu'il mettait fort en avant le fait de n'avoir jamais menti à son fils. « *Jamais, je ne lui ai jamais dit que le Père Noël existait, j'ai jamais menti sur les drogues. Depuis qu'il est né, je lui dis seulement la vérité* » : telles sont les proférations du père que Caminante rapporte, telle une récitation. Le père a donc comme particularité qu'il ne saurait mentir. Ce trait peut être rassurant un moment, lorsque la parole s'engage comme une promesse. Il nous faut, cependant, introduire une distinction entre deux figures : celle d'un père qui ne trahit pas sa promesse ne se superpose pas à celle d'un individu totalement incapable de tromperie. En effet, ce qui donne du poids à la parole d'un autre, c'est précisément le fait qu'il peut mentir. Notons ici une constante importante sur le plan clinique : l'idée que celui qui vous parle, celui à qui vous parlez, vous dit peut-être quelque chose pour feindre, pour vous abuser ; c'est précisément ce qui donne le poids d'un sujet. Certains errants ont une façon séduisante de mener leur vie avec légèreté, ce qui n'est pas tout à fait une grâce aérienne, mais la conséquence du manque de densité caractéristique des premières altérités auxquelles ils eurent affaire, tout à la fois incapables de mentir et de promettre. À l'adolescence, la relation de Caminante avec son père change. Ils deviennent « potes » et passent des soirées ensemble, chez les uns et chez les autres, et il leur arrive même de partager des prises de drogue. Le père reste jusqu'à la fin des soirées et, quand il est fatigué, il exige que son fils rentre à la maison avec lui. Il est hors de question, pour lui, qu'ils rentrent séparément. Ce qui, pour Caminante, va devenir problématique dès lors qu'il va commencer à avoir des relations intimes avec des filles. Aux questions posées quant à la nature de ses liens avec sa sœur et sa mère, il répond : « *Ce sont les deux uniques personnes qui peuvent me rendre fou.* »

Quelques jours après, il montrera une photo sur laquelle on le voit accompagner sa mère le jour de son mariage avec son père : « *C'est moi qui suis rentré à l'église avec elle !* »

Le choix d'errer offrirait-il de ne pas exister en tant que sujet face à la loi ?

Caminante peut passer d'une thématique à l'autre sans aucune connexion ; non qu'il présente le moindre signe de fuite des idées ou des barrages de type schizophrénique, mais parce que, constamment, il se montre très sensible à l'environnement et au passage des gens.

Très influençable, le moindre changement de terrain coupe le récit ou le traverse. L'homologie est frappante entre



➔ la dérive de sa parole et sa recherche de salut par l'errance. En effet, sa parole suit un mouvement qui sape son référent et sa validité dans une dérive sans capitonnage. Ce n'est pas une dérive maniaque qui vise à épuiser l'énonciation, et ce n'est pas non plus l'effet d'une fécondité associative qui sait être surprise par ce qui la traverse ou l'interrompt. Il s'agit d'une dérive métonymique qui refuse la prédominance de quelques « représentations-buts » aptes à orienter et à adresser un dire. Il semble toujours contraint à prendre un autre sens, une autre direction. Un de ses amis dira : « *Ses mots s'envolent avec le vent.* » Revenant sur son passé récent, Caminante fait mention d'une tumeur au cerveau qu'il a eue alors qu'il était adolescent, et qui l'a cloué trois mois à l'hôpital, encourant un grand risque pour sa vie. D'après lui, la rencontre avec la limite entre la vie et la mort l'a fait réfléchir à la fragilité de la vie. Et comme il pouvait la perdre, il lui fallait tout vivre. Dans un premier temps, il présente cet événement comme la cause de son départ de la maison et de ses voyages. Ce départ s'est accompagné d'un nouveau traitement du corps : un tatouage représentant un immense cheval avec des ailes qui lui couvrent tout le dos.

Lorsqu'il parle de ce qui anime sa vie, il se situe comme un corps qui est mis en mouvement, et sa temporalité est donnée par la succession de ruptures qui, à chaque fois qu'elles se produisent, le font bouger de place et le déposent sur de grands trajets. Il expliquera ainsi qu'un de ses départs se fit à l'occasion d'une dispute avec sa mère, à cause de son chien. Son animal bien-aimé vivait dans leur maison de campagne, où la famille ne venait que le week-end, et il lui devenait de plus en plus « triste et difficile » de s'en séparer le dimanche. Il a demandé à sa mère de ramener le chien chez eux, ce qu'elle n'a pas accepté. « *Entre le chien et la maison, je choisis le chien* », a-t-il dit, et il est parti. Un temps après son départ, son père divorce de sa mère, change de nom, prend un chien et suit le chemin de Caminante. Il ne le rejoint pas, mais il le suit à la trace et va dans presque tous les endroits par où son fils est passé. Après son départ de la maison, Caminante erre de squat en squat avec son chien. Il fait plusieurs petits boulots sans s'arrêter sur quelque emploi que ce soit et passe ainsi de mécanicien à éducateur dans un atelier pour enfants handicapés. Il est licencié de cet emploi par la directrice, qui, sur le ton de la dérision, le surnomme le « clown ». De là, il décide de travailler dans le milieu du cirque. Ici, l'insulte vaut comme une assignation d'identité, sans écart, sans épaisseur métaphorique. Il ne s'agit pas de reprendre sur soi, par fierté, l'insulte en la retournant en défi, de donner une valeur phallique au résidu avec quoi l'insulte tend à confondre le sujet, comme ce fut le cas pour ce mouvement de peinture « fauve » par exemple. Le signifiant « clown » semble être un mot qui lui colle à la peau, le désigne pour de bon, et c'est aussi ce qui va lui permettre de donner des ailes à sa motricité. Il se fait un peu d'argent pour pouvoir acheter un camion aménagé, pour parcourir les routes avec sa chienne. Au moment où Lorenza Biancarelli le rencontre, il n'a plus son camion, son permis de conduire étant périmé, et il n'a pas non plus d'argent pour payer les impôts ni le diesel. Il voyage uniquement avec un caddy les mois d'été. Actuellement, il n'a ni compte en banque ni domicile fixe, et ses documents sont périmés. Il ne laisse pas de traces, ce qui est d'une extrême importance dans son fonctionnement, et dans sa relation au père trop en miroir avec lui. Son aspect jamais ancré, son impalpabilité, semblent inscrire une réponse à une dérive de la tendance qu'a le père de s'identifier à son fils.

> *L'errance lui permet de circuler sans devoir s'inscrire dans un endroit.*

Cette errance, pour autant, n'est pas uniforme ou linéaire. Des événements l'interrompent et la fixent quelque peu, qui servent à Caminante de repères temporels et spatiaux. Il en va ainsi d'un moment marquant dans sa vie : sa rencontre, sur la route, avec « une figure d'altérité », celle d'un monsieur âgé qui lui a appris à jouer de la flûte. La musique va devenir, pour lui, une orientation exclusive et solitaire qui donne sens à ses déplacements. Il va là où sa musique peut être entendue, une condition unique qui n'empêche aucune direction. Les notes musicales viennent inscrire dans l'infini la trace de celui qui passe ; se reliant, elles fonctionnent comme un trajet que l'on peut habiter, comme un ombilic de l'habitat.

Caminante est toujours flanqué de sa flûte et de son caddy. Avec un grand sourire, il dit : « *Je peux vivre n'importe où, j'ai tout ce qu'il me faut !* », désignant son caddy où s'entassent ses quelques biens : une valise de cuir avec des vêtements, une tente d'été très simple, un sac de couchage et sa flûte qu'il désigne comme « *caminante flauta* ».

En raison des crises de bronchite qu'il a depuis sa petite enfance, renforcées par les conditions d'hygiène parfois précaires des lieux où il dort, Caminante en est venu à construire toute une structure pour pouvoir jouer de la flûte même quand il n'a pas suffisamment d'air pour bien respirer. À l'aide d'une pompe de matelas gonflable, d'un ballon de yoga (trouvé dans une poubelle) et de tuyaux en plastique, il a créé une sorte de poumon artificiel. La pompe a une fonction de respiration. Lorsque l'on respire, l'air circule dans le nez, descend par la trachée et atteint les bronches

(petites voies respiratoires). Les tuyaux ont cette fonction de conduire l'air jusqu'au ballon de yoga. Le ballon, il le garde entre son bras et la nervure. Avec les mouvements de son bras, il calcule la quantité d'air qu'il doit envoyer au deuxième tuyau. Ce dernier est lié à la flûte par la partie qu'il doit mettre en bouche et dans laquelle il doit souffler pour obtenir de la musique. L'errant se fit voyageur. Comme beaucoup de jeunes adultes en errance, il ne se trouvait pas trop encombré par l'idéal identitaire, porté par l'Idéal du moi. Il a réfugié son moi idéal, soit ce qui lui permet de restaurer une confiance narcissique dans le fait de se sentir vivant, dans ce mouvement de respiration, par quoi, grâce au truchement de la flûte, il fabrique des sons.
Caminante peut aussi transiter facilement dans des positions féminines, surtout quand il se trouve confronté à « l'injonction » de se situer phalliquement. Prenons un exemple : il peut avoir des relations avec beaucoup de femmes, sans pour autant leur accorder une valeur spéciale. En effet, toute femme semble pouvoir avoir une relation avec lui dès lors qu'elle le choisit, sans qu'il ait à exprimer un choix. Et toute femme peut ainsi être sa femme, simplement en raison du fait d'avoir croisé sa route. Une fois, il a passé quelques jours à circuler en jupe avec une femme, en portant même ses vêtements. Il nomme toujours les femmes avec qui il a un rapport ses « collègues », tandis qu'il s'arrange pour trouver un homme dans le groupe pour fonctionner avec lui en « couple », selon ses propres termes. L'homme choisi partage alors avec lui les tâches matérielles, pouvant, par exemple, sortir du campement pour essayer de travailler (faire les vendanges), pendant que lui reste à cuisiner et à laver, à faire les tâches de la maison. Quand il se mettait alors à circuler en jupe, ou à être en couple avec un homme, quand il circulait dans des significations sans être dans une position phallique, ses potes du groupe disaient tout simplement : « *C'est Caminante, il est comme ça.* »
L'errance lui permet de circuler sans devoir s'inscrire dans un endroit, dans une organisation, ce qui peut nous donner des indices de ce que l'errance peut venir soigner. Pouvoir circuler dans cette « carte de l'infini » n'exige pas du sujet une limite que la signification phallique donne.
Partant du principe que le psychotique est relié à un savoir sans sujet supposé, il revient au sujet, dans sa solitude psychotique, de soutenir ce savoir à partir de ses délires et-ou de ses états de corps… Est-ce que cet acte de se renommer permet au sujet de marquer, de se référer à un sujet supposé savoir qu'il incarnait ? Autrement dit, est-ce que pouvoir changer d'identité ne vient pas marquer, pour le sujet, les phases de sa construction ? Comme s'il fallait nommer l'auteur de cette personnalité ? Et, pour pouvoir évoluer dans sa construction non délirante, mais dans un savoir qui émane de lui-même, changer de nom lui permettait d'organiser les périodes.
Osons maintenant l'hypothèse que l'errance puisse avoir comme effet de soigner le sujet psychotique, car il ne reste jamais inscrit dans cette société. La marginalité dans laquelle Caminante et d'autres errants s'inscrivent serait alors la solution rencontrée pour vivre dans un « monde ». Cette hypothèse peut nous aider à comprendre pourquoi l'unique « monde » dont Caminante arrive à faire partie est un monde autre que celui du névrosé standard.

CONCLUSION

Trois paris sont à maintenir, ensemble, pour aborder et apporter une aide si nécessaire aux grands errants :
• le pari qu'il y a une logique de l'habitat respectée ;
• le pari que cette errance a des fonctions psychiques ; c'est une thérapeutique qui est à hauts risques, mais qui reste une thérapeutique ;
• et qu'il y a aussi des fonctions exploratoires dans l'errance, pas simplement des fonctions conservatrices, et que ces fonctions, à la fois de domiciliation, de réparation et d'exploration de l'errance, sont plus à ciel ouvert lorsque le paradigme de l'errance reste la fugue ou le nomadisme. Mais, même dans des cas d'errance qui s'échouent, si on ne fait pas ce triple pari, on se dirige droit vers une clinique déficitaire, et, à ce moment-là, on va coller de grands projets tonitruants sur un jeune qui les refusera, au risque qu'il se cloisonne dans une mortification croissante.

DOSSIER

De la précarité à l'exclusion : quel soutien psychologique ?



Élodie Panaccione

Docteur en psychologie clinique

Psychologue à l'association Arfog-Lafayette (Paris)

Maternités à l'épreuve de l'errance migratoire

Accompagner des femmes qui vivent une expérience migratoire compliquée, mêlant précarité, absence d'hébergement fixe et maternité, impose de penser une clinique spécifique aux confins des dimensions sociale, culturelle et psychologique. Une clinique engagée… pour permettre à ces femmes de renouer avec leur histoire et au temps psychique de reprendre son cours.

Parmi les plus précaires, le nombre de femmes enceintes sans domicile fixe ne cesse d'augmenter, dont une grande partie sont des femmes migrantes originaires de pays d'Afrique subsaharienne. L'absence de domicile fixe, qui peut aller de la rue au squat, de l'hôtel au centre d'hébergement ou encore à l'hébergement provisoire chez des tiers, entraîne des changements répétitifs de lieux de résidence. Ces situations précaires peuvent avoir des conséquences négatives sur le déroulement d'une grossesse et dans l'établissement des premiers liens avec l'enfant. L'isolement social, la perte de repère et d'étayage culturel, sont autant de facteurs de vulnérabilité pouvant influer sur l'établissement de la relation mère-enfant. Comment mettre au monde un bébé dans ce contexte d'errance ? Comment lui fournir l'attention et la disponibilité dont il a besoin ? Comment lui transmettre un sentiment de confiance en soi et en l'autre quand l'extérieur devient synonyme d'étrangeté et d'insécurité ? Quelle approche le clinicien peut-il adopter dans la rencontre avec ces mères et ces bébés ?

QUI SONT CES FEMMES ?

L'habitat répond à un besoin primaire de protection. Il constitue un lieu d'ancrage, « *un feuillet de l'enveloppe psychique* » (Houzel, 1987) assurant stabilité et cohérence. Il s'agit d'un refuge, lieu nourricier dans lequel l'individu peut se ressourcer sur les plans narcissique et libidinal (Sibony, 1991). En situation migratoire, le cadre extérieur dans lequel est amené à s'installer la femme est nouveau et insécure. L'habitat revêt alors une fonction protectrice nécessaire à la transition entre l'avant et l'après migration, sorte de substitut du ventre maternel assurant une stabilité interne nécessaire à l'équilibre identitaire, le temps pour elle de s'approprier de nouveaux repères. Durant la grossesse, elles sont nombreuses à parcourir les hôtels, squats ou autres hébergements précaires à la recherche d'une place disponible où elles pourront dormir temporairement en attendant l'accouchement. Certaines accèdent à des structures d'hébergement temporaire, les centres maternels, qui sont néanmoins peu nombreuses et qui ne disposent que de quelques places. La plupart de ces centres ne s'adressent qu'aux femmes seules avec des enfants de moins de trois ans pour lesquelles des difficultés dans la relation mère-enfant ont été repérées par les services médico-sociaux. La vulnérabilité de ces femmes se trouve accentuée par les circonstances de leur trajectoire migratoire. Pour certaines, le voyage vers la France a été planifié, et l'acte migratoire relève avant tout d'un désir d'émancipation, voire d'ascension sociale. D'autres ont fui un contexte de violences collectives ou familiales, et leur déplacement s'accompagne de séparations sociales et culturelles soudaines qui constituent un véritable arrachement à leur environnement d'origine. Cette rupture brutale avec ce qui constitue les repères socioculturels fondamentaux permettant à chacun de se situer dans un espace-temps donné contribue à l'ancrage d'une problématique d'errance identitaire. Elles arrivent en France avec l'adresse d'un compatriote grâce auquel elles pensent pouvoir faire évoluer leur situation et vivre dans de meilleures conditions. Elles n'imaginent généralement pas le parcours qui les attend,



et la déception est grande lorsqu'elles découvrent la réalité de leurs conditions de vie en France. Leur venue en France représente souvent une opportunité pour les proches restés au pays, promesse d'une vie meilleure. Ces attentes, gage d'une place valorisante au sein du groupe, ne font qu'accroître leur sentiment de solitude, toute plainte concernant leur nouvelle vie ne pouvant être entendue par la famille restée au pays.
En France, ces femmes sont confrontées à une société dans laquelle le groupe social intervient peu dans la vie privée et laisse chacune en proie à son lot de difficultés. Pour le compatriote qui les héberge en France, leur présence peut être l'occasion de disposer des services d'une aide à domicile pour s'occuper des tâches ménagères et des enfants. L'annonce d'une grossesse devient alors source de conflits et risque d'entraîner une rupture d'hébergement. Paradoxalement, c'est au moment où le besoin d'étayage devient fondamental que ces femmes se retrouvent livrées à elles-mêmes, sans ressource et sans hébergement. Elles trouvent parfois temporairement de l'aide auprès d'autres compatriotes, mais les ruptures d'hébergement deviennent rapidement leur lot quotidien. L'absence de papiers accentue la précarité de leur situation et entrave l'accès aux aides sociales pouvant favoriser la mise en place de solutions. Cependant, il est rare qu'elles soient amenées à dormir dans la rue, bien que passer une nuit dans le métro ou dans une cage d'escalier reste parfois la solution d'un soir. Ce sont davantage l'instabilité et la précarité de l'habitat, avec des changements quasi quotidiens d'hébergement, qui caractérisent leur situation. Beaucoup de femmes pensent à retourner vivre dans leur pays, mais peu se l'autorisent, par peur du sentiment d'échec et du regard que ceux qui ont tant envié leur départ porteront sur elles. Cette absence de domicile fixe vient réactiver le vécu de rupture avec leur pays d'origine et avec leur groupe familial, ainsi que la perte de repère associée à l'expérience migratoire. Cela rend plus complexe la réorganisation psychique propre à la grossesse, introduisant du doute, voire des remises en question dans l'accès à leur statut de mère (Cadart, 2004). Les événements de leur passé qui n'ont pas pu être intégrés psychiquement font leur retour et réactivent des affects parfois profondément refoulés. De même, l'absence du groupe familial rend difficile l'accueil de l'enfant et peut entraver l'instauration d'une relation de bonne qualité.
En Afrique, les soins maternels sont prodigués par le groupe social et pas seulement par les parents, comme c'est souvent le cas en Occident. Ces femmes doivent composer avec de nouvelles façons d'exercer leur rôle parental et risquent de ne pas être en mesure d'assurer pleinement leur fonction de contenance et de pare-excitation si elles ne se sentent pas elles-mêmes protégées par un environnement protecteur.
Migration, maternité et absence de domicile se superposent à un moment où la fragilité psychique de ces femmes est un enjeu majeur pour le devenir de la relation mère-enfant. Leur difficulté à mettre en mots leur souffrance et le risque de s'enfermer dans le silence pour « supporter », voire anesthésier, ce qui est trop douloureux viennent symboliser la violence interne qui les traverse. Honte, culpabilité et sentiment d'impuissance s'entremêlent et peuvent entraîner l'effondrement narcissique de la femme, le repli sur soi ou sur la relation à l'enfant. Les bébés dépendant

des personnes qui en prennent soin sont pris dans les mécanismes de défense maternels et risquent, eux aussi, d'être vulnérabilisés par cette situation d'errance.

UNE QUÊTE IDENTITAIRE INACHEVÉE

Les changements d'hébergement subis entretiennent et renforcent l'état de fragilité de ces femmes lié à l'expérience migratoire. Durant la grossesse, on observe un état de sidération chez certaines d'entre elles qui ne parviennent plus à penser ni à se penser elles-mêmes en tant que sujets. Il y a comme une mise en suspens des mouvements psychiques qui fige le temps dans l'ici-maintenant. Pour celles qui ont vécu des expériences précoces, suffisamment structurantes, elles peuvent s'appuyer sur ces expériences fondatrices pour être portées psychiquement et dépasser progressivement cet effet premier de sidération.
Pour d'autres, l'environnement d'origine a été à l'origine de souffrances, voire de traumatismes précoces, et ne leur a pas permis d'internaliser un sentiment continu d'exister nécessaire pour affronter les discontinuités auxquelles les expose l'environnement extérieur. Les souvenirs du pays d'origine deviennent un refuge investi sur le mode de l'idéal, dont il leur est impossible de se séparer. Cet impossible deuil entrave l'investissement des lieux et des personnes qui constituent leur nouvelle vie. Elles sont perdues à mi-chemin dans un entre deux lieux, mais aussi dans un entre deux temps d'ordre plus psychique que matériel, que l'on peut rapprocher de ce que René Kaës (1978) appelle le « *lieu de l'utopie* ». À travers ce recours permanent au clivage entre le pays d'origine et le pays d'accueil s'exprime leur quête identitaire maintenue inachevée par la recherche d'un lieu identifiable dans lequel exister.

L'EXPÉRIENCE MIGRATOIRE RÉACTUALISÉE PAR LA MATERNITÉ

Si la grossesse précarise temporairement leur situation, elle permet aussi à ces femmes d'envisager un avenir meilleur. La naissance d'un enfant sur le territoire français favorisera l'accès à un statut socialement codifié et reconnu, celui de mère, et, par-delà, facilitera, à terme, leur régularisation administrative. Cette naissance représente donc un événement majeur dans le cheminement de ces femmes tant sur le plan subjectif, puisqu'elle contribue à son émancipation personnelle, que sur le plan collectif, puisque que c'est par son intermédiaire qu'elles accèdent à une place et à une visibilité sociale. Cette émancipation était déjà recherchée à travers l'acte migratoire, puisqu'en se déplaçant vers un nouveau pays, elles tentaient de se créer une voie nouvelle pour accéder à une existence meilleure*.
La naissance d'un enfant en France vient symboliser le pays d'accueil, le faire exister, mais aussi les faire exister elles-mêmes dans ce lieu. En créant du lien entre passé et présent, entre terre d'origine et terre d'accueil, la naissance de l'enfant permet que se réamorce un processus de mise en sens de leur trajectoire. La naissance de l'enfant facilite l'inscription sociale, culturelle et psychique de la mère, introduisant un lien là où il y avait clivage, « *au sens d'une continuité là où il y a eu rupture* » (Moro, 2008). Ces femmes restent en attente d'une régularisation administrative déterminante pour la stabilisation de leur situation, mais la perspective d'un avenir avec l'enfant est désormais envisageable. La suite de ce cheminement risque d'être longue et semée d'obstacles, ce qui engendre de l'anxiété chez ces mères. L'issue de cette quête identitaire dépend des ressources psychiques propres à chacune, mais aussi des supports externes sur lesquels elles peuvent s'appuyer. Celles qui sont les plus isolées socialement, et qui viennent de pays en guerre ou qui ont connu des situations traumatiques, sont les plus exposées aux risques de décompensation, et leur situation requiert une attention particulière.

L'ACCOMPAGNEMENT

Tout d'abord, il semble important de souligner la nécessité de proposer des solutions de mises à l'abri pérennes pour ces femmes et leurs bébés *via* l'accès à des logements de droit commun ou, pour celles qui en ont besoin, à des espaces de transition tels que des hébergements accompagnés adaptés à la composition familiale, pouvant accueillir l'ensemble de la cellule familiale, notamment le père lorsque celui-ci est présent. Le système prévu par l'aide sociale à l'hébergement qui propose des nuitées d'hôtel ou des places d'hébergement en urgence à la journée vient reproduire et ancrer des ruptures répétées qui fragilisent la situation de ces familles et, par-delà, entrave la mise en place d'actions préventives. Leur proposer un hébergement stable et envisager avec ces femmes de réelles solutions matérielles constitue une base nécessaire pour sortir d'un discours centré sur l'ici et maintenant et ouvrir à un avenir représentable.
Par ailleurs, les services sociaux sont souvent les seuls lieux que ces femmes fréquentent régulièrement, mais

Note

*Lefeuvre V., 2007, « De l'accompagnement prénatal à la naissance de l'enfant, le transculturel convoqué autour du berceau », Séminaire d'introduction à la clinique interculturelle « Périnatalité et interculturalité », Paroles sans frontières, le 19 janvier 2007.

les intervenants n'ont pas toujours le temps suffisant ni les outils adaptés qui leur permettraient de proposer un soutien préventif efficace. Il est important de dispenser des formations continues et des supervisions collectives aux professionnels du champ médico-social amenés à accompagner ces femmes et leurs enfants, afin qu'ils puissent cerner au mieux les problématiques singulières et pluridimensionnelles auxquelles ils sont confrontés. Ils sont souvent déroutés par l'attitude tantôt agressive, tantôt passive de ces femmes dont les demandes et les besoins dépassent bien souvent leur champ de compétences.
Cette clinique éprouvante les confronte à des mouvements d'identifications, mais parfois aussi de rejet, de sidération, tout autant qu'à des sentiments d'impuissance.
S'ils se trouvent eux-mêmes isolés dans leur travail, les professionnels risquent d'adopter une position en miroir qui pourrait se confondre avec un sentiment de compassion ou, au contraire, engendrer un regard inquisiteur, voire stigmatisant. Les équipes doivent bénéficier d'un temps régulier de réflexion commune propice à la compréhension de ces situations complexes, mettant bien souvent à mal leurs postures professionnelles, mais aussi touchant de près à leurs éprouvés personnels. Leur pratique devrait intégrer l'analyse de leurs propres représentations individuelles, subjectives et collectives, mais aussi celle des éprouvés ressentis lors de leur rencontre avec ces femmes et enfants, ce que l'on appelle communément l'« analyse du contre-transfert affectif et culturel ». En outre, ces formations devraient leur apporter des outils d'évaluation concernant les effets du contexte de précarité sur le développement des premiers liens mère-bébé, mais aussi concernant l'exercice de la parentalité en situation transculturelle. Cela leur permettrait de mieux prendre en compte l'autre dans sa dimension individuelle, mais aussi collective et éviterait des conclusions hâtives ne tenant pas suffisamment compte de l'impact de l'environnement socioculturel.

UNE CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Ces familles nécessitent une attention particulière et l'utilisation d'une approche clinique spécifique. Il s'agit d'une clinique engagée non pas d'une clinique militante, mais celle qui appelle l'implication subjective du clinicien dans sa dimension citoyenne. En ce sens, la rencontre avec le psychologue est à penser comme un étayage fondé sur la rencontre humaine, support narcissique qui, par effet de miroir, reconnaît la femme dans sa dimension subjective.
Dans un premier temps, le rôle du psychologue consiste à favoriser l'établissement progressif d'un lien de confiance avec la femme, ce qui suppose qu'il renonce, à ce moment, au travail sur les contenus psychiques. Le psychologue doit veiller à proposer un cadre souple facilitant la mise en place d'une relation de soutien dans la continuité. Pour cela, les modalités des rendez-vous doivent nécessairement être définis avec la femme, afin qu'elle prenne une part active et autonome dans le travail proposé, mais aussi afin de tenir compte de ses besoins particuliers liés à l'instabilité de son quotidien. Un planning prédéfini des rendez-vous risquerait de ne pas pouvoir être respecté par la femme, et ce, d'autant plus que la fragilité de son engagement est souvent perceptible et risque de mettre à mal le travail amorcé.
Le psychologue s'assure de garantir une permanence de l'espace-temps proposé, tant que celui-ci n'est pas rediscuté avec la femme elle-même, et ce, même si celle-ci annule ou arrive avec beaucoup de retard au rendez-vous fixé.

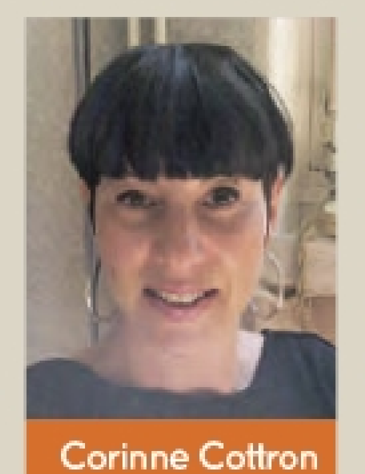
Soutenir ses ressources internes, notamment ses désirs lorsqu'ils sont encore verbalisables.

À cette étape de la rencontre, le psychologue doit rester présent et disponible, sans rien attendre d'elle. Il s'agit de la recevoir avec ce qu'elle est et ce qu'elle apporte lors des rendez-vous, que ce soient ses revendications, ses silences, ses questionnements, mais aussi ses attentes. Il faut pouvoir accepter d'entendre ses préoccupations et reconnaître sa souffrance afin que s'instaure une relation de confiance, confiance en soi et confiance en l'autre dont elle a été amputée.
Au début, leurs propos se centrent sur l'expression de difficultés en lien avec leur situation sociale : problème d'hébergement, difficultés financières, mais aussi la crainte des lendemains sans perspective. Bien souvent, les angoisses de mort sous-jacentes à leur discours envahissent le champ psychique et suspendent les processus de pensée. À cela s'ajoute le fait que les événements traumatiques vécus par certaines causent la mise en place de mécanismes de défense qu'il convient de respecter. Le psychologue doit tenir compte de ces différents éléments afin d'ajuster ses interventions et respecter la temporalité propre à chacune d'entre elles. Lorsque la relation s'instaure, il s'agit alors, pour le psychologue, de soutenir les ressources internes dont la femme dispose, notamment ses désirs lorsqu'ils sont encore verbalisables, l'autorisant à se projeter dans le futur et à croire en elle-même, sans pour autant nier la complexité de sa situation. L'enjeu du travail clinique va peu à peu consister à lui permettre de se réapproprier son histoire, aussi douloureuse soit-elle, et de permettre au temps psychique de reprendre son cours. À travers ses interventions, le psychologue va favoriser la mise en récit de son histoire en veillant à maintenir un équilibre progressif entre →

un discours logorrhéique correspondant à l'expression d'affects insupportables et une parole lacunaire, témoignant de la présence d'événements inassimilables. L'évocation de la grossesse et de la naissance de l'enfant dans un futur qui, bien que flou et insécurisant, devient progressivement possible, s'inscrivant dans une temporalité psychique qui jusque-là se trouvait suspendue au vide de l'irreprésentable. Au fur et à mesure des rencontres, le psychologue revêt une fonction de contenance, mais aussi de mise en lien entre des espaces-temps restés clivés. Ces échanges facilitent la mise en lien, liens de la femme avec les autres membres de l'équipe, liens avec des éléments de son passé, de son présent, mais aussi de son futur, tout autant que des liens entre sa culture d'origine et celle du pays d'accueil.
En ce sens, le psychologue peut être comparé à un véritable tisserand qui tisse divers fils pour en faire une étoffe.
Ce qui est en jeu, pour ces femmes, ce sont autant les aspects psychiques et culturels qu'interpersonnels.
Compte tenu de ces éléments, la mise en place de dispositifs préventifs transculturels ayant pour objectif de reconstituer un maillage socioculturel prend tout son sens. Dans le cadre d'une association dans laquelle j'interviens depuis plusieurs années, j'ai mis en place avec l'une de mes collègues, travailleur social, un groupe d'expression et de soutien que les participantes ont intitulé « La parole aux femmes ». Ce groupe se réunissait une fois par mois durant une heure et demie dans une salle de l'association, lieu connu et identifié comme protecteur par l'ensemble des participantes. Toutes avaient pour points communs d'avoir vécu l'expérience migratoire, celle de la maternité et celle de l'absence de domicile fixe, quels que soient leur culture, leur âge et leur avancée dans leur parcours d'insertion (certaines étaient sans papiers, d'autres non, certaines étaient prises en charge par le 115, d'autres par des centres d'hébergement, d'autres avaient été relogées). Ce groupe permettait, en outre, de rompre l'isolement social et culturel en développant des relations de réciprocité et de solidarité entre femmes issues de cultures différentes. Ces femmes, pour certaines, étaient issues de sociétés communautaires traditionnelles dans laquelle la relation duelle est rare et peut être vécue comme anxiogène, voire menaçante, surtout dans les premiers temps. Pour celles-ci, le groupe permettait de reconstruire un maillage groupal sur lequel elles pouvaient s'appuyer, un espace de transition vers des espaces plus individualisés. Ces rencontres leur ont permis de partager avec d'autres femmes des éléments communs et différents de leur parcours, mais aussi d'ouvrir de nouvelles perspectives.

POUR CONCLURE...

La migration tend à isoler les femmes migrantes des sources d'étayage traditionnel, alors que, durant la période périnatale, leurs besoins sur les plans matériel, social et affectif deviennent plus importants. En France, ce rôle est assuré, en partie, par les structures médico-sociales sous forme d'aides financières, d'aides alimentaires, d'hébergements temporaires et, plus rarement, d'accompagnements socio-éducatifs et-ou psychologiques. La disparité des dispositifs et la complexité des fonctionnements institutionnels de plus en plus technocratiques entraînent souvent un manque de coordination. Par-delà, les prises en charge se mettent en place tardivement au point que, bien souvent, les actions préventives restent inopérantes, voire inexistantes. Face à ces situations pluridimensionnelles, l'utilisation d'approches complémentaristes ainsi qu'une étroite collaboration entre professionnels d'une même équipe restent un prérequis pour un travail clinique de bonne qualité. La discontinuité causée par les ruptures répétées vécues par ces femmes raisonne fortement sur le cadre institutionnel. Cela met à l'épreuve la coordination et la communication entre professionnels, mais aussi la continuité du travail engagé avec ces femmes qui, par leurs absences répétées lors des rendez-vous, témoignent de leur difficulté à établir du lien. L'intervention du psychologue trouve alors sa place à l'articulation entre les dimensions sociale, culturelle et psychologique, afin de prendre en compte les enjeux cliniques spécifiques liés aux problématiques rencontrées par ces femmes et leurs enfants.



Corinne Cottron
Psychologue



Dominique Barbier
Infirmière

Avec la collaboration de
Patricia Perez
Cadre infirmier
Catherine Massoubre
Chef de service
EMPP Interface CHU de Saint-Étienne

Ces regards qui racontent une histoire

Un atelier photo pour les demandeurs d'asile, une idée originale pour leur permettre de travailler sur leur représentation de soi et retrouver un ancrage identitaire mis à mal par leur situation précaire. Une initiative artistique, thérapeutique et politique, mise en place par l'EMPP Interface du CHU de Saint-Étienne.

L'équipe mobile précarité et psychiatrie Interface du CHU de Saint-Étienne a pour mission d'aller au-devant des populations précaires. Notre cadre d'intervention (qui a été validé par l'Agence régionale de santé) nous permet de prendre en charge des demandeurs d'asile au long cours sous forme de consultations individuelles, le plus souvent, ou de rencontres dans des lieux d'accueil de jour. Parallèlement à ce travail « classique » pour une EMPP, nous avons imaginé la création d'un groupe photo à l'intention de ce public, en partenariat avec la galerie stéphanoise Noir et Blanc. Ce travail se concrétisera par une exposition itinérante, dans la cité stéphanoise, des clichés élaborés avec les participants à l'aide du regard spécifique des photographes. Avant de présenter l'élaboration de cette médiation, il peut être utile de rappeler quelques définitions : le demandeur d'asile est une personne qui demande une protection pour raison politique (en sachant que la procédure peut durer plusieurs années) ; le réfugié est celui qui a obtenu une réponse favorable de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ou de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) et le débouté est celui dont la demande d'asile est rejetée définitivement par la CNDA et qui a épuisé les recours possibles. Ces étrangers vivent dans des conditions précaires au quotidien, tant pour se loger que pour se nourrir, et le parcours de la demande d'asile parsemé d'iniquités relève du parcours du combattant.



Photo 2

En général, les demandeurs d'asile arrivent avec l'aide d'un passeur qui les dépose. Seuls ceux qui peuvent payer le passeur (ce qui correspond parfois à des mois de salaire) arrivent sur le sol français. Ensuite, c'est le « système débrouille ». Le demandeur d'asile se retrouve seul, souvent dans une gare, il essaye de trouver des compatriotes pour l'emmener à la plate-forme d'accueil des demandeurs d'asile (PADA). Il y constituera, avec l'aide des travailleurs sociaux, un dossier OFPRA comprenant un récit personnalisé faisant mention des dates, faits et lieux des persécutions, et la demande d'allocation temporaire d'attente (ATA). En cas de réponse positive de l'OFPRA, la personne obtient le statut de réfugié et entre dans le droit commun. Si la réponse est négative, un recours à la CNDA est possible. La précarité s'installe et augmente avec la durée de la procédure. Les →

→ demandeurs d'asile ont l'interdiction de travailler, une dépendance aux associations s'instaure, et l'hébergement est souvent précaire. Selon les places disponibles (par le 115), la personne peut être logée dans un hôtel ou en centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), souvent après quelques mois à la rue. Les critères d'hébergement dans telle ou telle structure sont peu lisibles. L'iniquité de la prise en charge est flagrante entre ceux accueillis en CADA, ceux qui résident dans un hôtel et ceux qui dorment dans la rue. Dans les hôtels, les demandeurs d'asile sont hébergés dans des conditions parfois déplorables, comme le partage d'une chambre, voire d'un lit, l'impossibilité de cuisiner ou de laver le linge. Dans le meilleur des cas, ils se retrouvent en CADA avec des conditions d'accueil acceptables, mais la cohabitation dans une structure collective peut s'avérer difficile en raison des origines ethniques des personnes et-ou de leur religion. Dans ces CADA, ils peuvent bénéficier d'un accompagnement tant aux niveaux juridique et social que dans la vie quotidienne, ce qui améliore considérablement leurs conditions de vie.
Avec une réponse positive de la CNDA, le demandeur d'asile obtient le statut de réfugié, ce qui lui permet d'entrer dans le droit commun. Sinon, il est débouté du droit d'asile, ce qui le plonge encore plus dans l'insécurité. Il perd ses faibles revenus et son hébergement (car ceux-ci relèvent du statut de demandeur d'asile). Souvent, la personne déboutée du droit d'asile tente une demande d'étranger malade (fondée ou non) pour pouvoir rester sur le territoire. Si celle-ci est accordée (après validation par un médecin de l'ARS), elle permet une certaine stabilité, même si son renouvellement n'est pas assuré automatiquement.

LES OBJECTIFS DU GROUPE PHOTO

Rendre visible et donner un moyen d'expression

Le groupe s'est construit avec l'idée de rendre visibles les personnes en demande d'asile ou issues de la demande d'asile. En effet, quand nous parlons de notre travail dans la cité, nous constatons que nos concitoyens ne savent pas qu'il y a des demandeurs d'asile à Saint-Étienne, ou bien ils ne se représentent pas leur quotidien ici et les raisons de leur venue en France. Il s'agit aussi, à travers cette médiation, de donner un moyen d'expression à ces gens qui n'ont que rarement l'occasion de prendre la parole, hormis dans un contexte administratif (OFPRA, CNDA, instances sociales). Ce travail est donc un moyen de faire se rencontrer des populations différentes et de mettre en relation des associations ou institutions, le citoyen et ces personnes, afin de favoriser leur inscription dans la vie sociale stéphanoise. Le groupe s'est, par exemple, déplacé à Emmaüs pour se fournir en accessoires, et les photographes ont invité les participants à un vernissage dans leur galerie. Ce groupe photo inédit a permis de mettre en relation tous ces acteurs. L'idée de la photo et d'une exposition nous a paru percutante. L'image rencontre, en effet, un regard et prend son sens autant par celui qui est photographié que par celui qui regarde. La photo est donc un moyen parlant pour offrir un angle de vue différent de et à cette population. L'exposition finale interpellera des visiteurs venant d'horizons divers.

Offrir un regard artistique

C'est ensuite grâce à la rencontre avec la galerie Noir et Blanc et les photographes que le projet a pu prendre forme. Les photographes, enthousiasmés par le projet, s'inscrivaient déjà dans une démarche sociale et politique en faisant ce qu'ils appellent de la « photographie sociale », c'est-à-dire en témoignant d'une réalité sociale à travers le filtre du regard du photographe. La galerie a notamment exposé des clichés sur le rapport des Stéphanois à leur travail (mineurs, ouvriers…). Faire appel à des professionnels ayant des compétences reconnues a permis d'offrir aux participants la garantie d'une photo esthétique, chargée de sens et valorisante.

Permettre la réalisation d'un travail thérapeutique

Nous avons proposé à des patients d'origines diverses de participer à ce projet, en leur offrant un moyen d'expression original, favorisant leur inscription dans la vie locale, afin de les accompagner sur le plan psychique d'une façon différente. Notre choix s'est porté sur ceux que nous souhaitions redynamiser avec une activité, un projet, en leur permettant de retisser des liens et de se mobiliser autour de la transculturalité, de l'exil et du trauma. Ces personnes ont eu besoin de garanties, comme la confidentialité, le respect du choix de leurs photos et la possibilité de clichés à visage caché. Ces conditions ont été nécessaires pour qu'elles acceptent de donner à voir une part d'elles-mêmes et dépassent la peur et le sentiment d'insécurité si prégnants chez les demandeurs d'asile. Le préalable à toute intervention thérapeutique étant, bien sûr, le respect de l'individu, de sa culture, de sa religion et de son histoire. Nous avons fait l'hypothèse que l'apport artistique des photographes, des esthéticiennes et des coiffeuses permettrait aux participants d'améliorer l'estime d'eux-mêmes attaquée par le trauma et leurs parcours chaotiques (souvent les patients nous parlent de « *dignité perdue* »). La qualité esthétique de la photo pourrait agir sur

ce point en leur donnant une autre image d'eux-mêmes et en leur permettant, en retour, de retrouver un second souffle, un nouvel élan. Le moment du maquillage a été un moment vécu comme paisible. Ils étaient satisfaits du résultat qui correspondait à leurs attentes.

Le cadre des rencontres nous a éloignés *a priori* d'un travail thérapeutique classique, mais celui-ci s'est effectué en filigrane à travers ce que les participants ont dévoilé ou *a contrario* à travers ce qu'ils ont tenté de cacher. Se sont mélangées une volonté de revendication, de témoignage, et des craintes mêlées à un sentiment d'insécurité en lien avec leur vécu traumatique. Qu'ont-ils donné à voir ? Quelle part d'eux-mêmes ? Celle qui peut être exposée ? Au début, les demandeurs d'asile ont voulu montrer leur trauma de façon brute, par exemple, une femme battue, mise à terre. Le travail d'élaboration et de transformation dans l'appareil psychique groupal a permis de faire des photos avec une mise en scène plus apaisée, ainsi qu'une photo de groupe. À travers la coopération des différents acteurs, un nouveau « regard qui raconte une histoire » a pu voir le jour, en attendant la rencontre des citoyens stéphanois lors de l'exposition. Notre travail se trouve donc à la croisée de l'artistique, du thérapeutique et du politique.


Photo 6



LE DÉROULEMENT

Les séances du groupe photo (au nombre de quatorze) se sont étalées entre septembre 2012 et juin 2013. Nous avons combiné à la fois des séances précisant les souhaits des demandeurs d'asile, des séances de prise de vue et des séances d'élaboration autour du vécu de cette médiation. Le groupe était composé de sept patients issus de la demande d'asile (une Arménienne, un Guinéen et cinq Congolais francophones), de deux photographes (de la galerie Noir et Blanc), de quatre stagiaires esthéticiennes et coiffeuses (en partenariat avec le lycée J.-B. d'Allard) encadrées par leur professeur sur certaines séances et de deux animatrices de l'EMPP Interface (une psychologue et une infirmière). Chaque séance a duré deux heures, sauf les deux séances de prise de vue qui ont duré quatre heures. Nous avons envisagé, au départ, de faire une photo individuelle de chaque personne, mais l'idée d'une photo groupale a émergé au fil des séances. Le cheminement des participants a amené également l'utilisation d'accessoires comme les masques et les maquillages colorés et couvrants. Ce travail se concrétisera dans quelques mois par une exposition des photos au sein de la galerie Noir et Blanc, et par une exposition itinérante dans la ville de Saint-Étienne.

Les séances de prise de vue n'ont pu démarrer qu'après une longue réflexion sur la construction de chaque photo.

Première séance de prise de vue

Cinq personnes ont participé à cette séance photo. Deux participants ont prévenu de leur absence (pour cause de rendez-vous juridique), mais ils ont été présents lors de la séance de prise de vue suivante. Les photographes, les esthéticiennes et les coiffeuses avec leur professeur étaient là également. La dynamique de groupe fut laborieuse, chaque participant se motivant pour sa propre photo, mais s'intéressant peu à celle des autres. Les peurs ont émergé, les réticences surtout du côté des femmes qui sont restées entre elles et qui ont insisté pour ne pas être reconnues sur la photo.

Chacun a voulu, malgré tout, se faire photographier avec le maquillage et les accessoires choisis (masques, vêtements…), en prenant la pose et l'expression qu'il souhaitait. Nous nous sommes également fait maquiller et coiffer par les stagiaires, puis photographier (demande qui nous fut adressée par les participants lors des séances de préparation). Le repas fut pris en commun dans un →

silence monacal avec peu d'échanges, une focalisation sur la nourriture et une volonté de thésauriser le maximum de restes, afin d'en profiter ultérieurement sans idée de partage. Cette séance a mis en évidence l'état de survie dans lequel ces personnes se trouvaient, à travers leur préoccupation de la nourriture, de la sécurité, leur méfiance et une certaine forme d'égocentrisme. Une séance de reprise avec les participants a pu donner un autre éclairage, plus culturel : « *En Afrique, on mange vite, en silence, et on parle après.* » L'une des personnes absentes lors de cette séance avait proposé l'idée d'une photo groupale lors d'un repas (celle-là même qui avait cherché des accessoires pour les autres participants lors de notre visite à Emmaüs). L'absence de deux participants n'a pas permis de réaliser cette photo de groupe. Néanmoins, une photo a regroupé tous les participants par un système de montage et fera office de photo groupale (photo n° 9 : chaque personne pose dans le même fauteuil avec le même décor, l'une après l'autre), cela à l'initiative de l'un des photographes qui a ainsi repris cette fonction de contenance groupale. Nous avons insisté sur la présence de tous pour la deuxième séance de prise de vue.

Photo 9

Deuxième séance de prise de vue

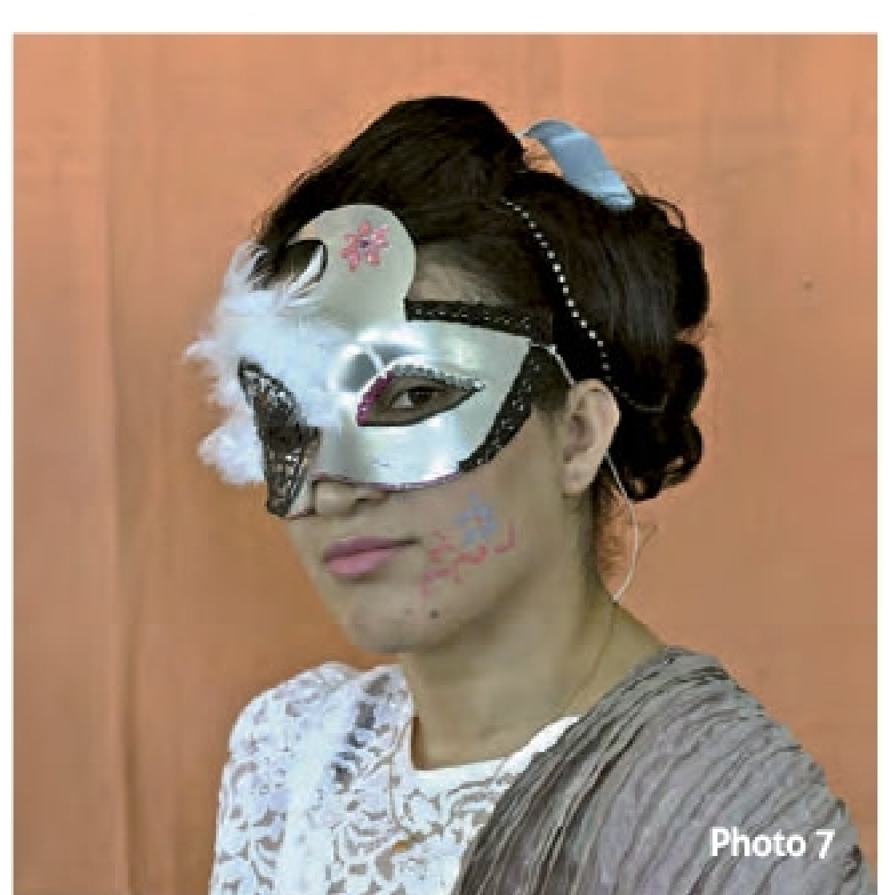
Tous les participants étaient présents, les deux photographes, une stagiaire esthéticienne et une stagiaire coiffeuse encadrées par leur professeur. En attendant que le groupe soit complet, une collation a été proposée au cours de laquelle les échanges ont été plus nombreux que la première fois. Probablement que la présence des deux personnes absentes lors de la première séance a joué un rôle. Quant à la nourriture, nous avons signifié, en début de séance, que les gâteaux restants seraient partagés équitablement. Cette consigne a apaisé le groupe, et la séance a pu se dérouler sans cette préoccupation. Certaines personnes ont demandé à partir plus tôt en prétextant des rendez-vous médicaux. Devant notre insistance, certaines sont tout de même restées jusqu'à l'heure prévue.

Les photographes, les deux patients absents lors de la première séance et les stagiaires ont été coiffés, maquillés et pris en photo. L'une des stagiaires a ensuite refusé de donner son autorisation pour la publication de son cliché. La photo groupale (photo n° 9) comporte donc un cadre noir. Les stagiaires ont choisi des maquillages de mise en beauté. Les photographes se sont montrés plus audacieux. L'un d'eux a pris le logo de l'équipe de football de Saint-Étienne et l'autre s'est caché derrière deux masques, arguant une allergie aux produits cosmétiques. La dynamique instaurée a même autorisé le professeur à se faire maquiller, coiffer et prendre en photo. Seul un participant (qui avait déjà été pris en photo) a demandé des photos supplémentaires. Les autres sont restés passifs, avec le sentiment du devoir accompli et un certain ennui affiché (ceux qui ont d'ailleurs demandé à partir plus tôt). Certains d'entre eux avaient reçu entre-temps une réponse négative de la Cour nationale du droit d'asile. Néanmoins, les premiers clichés apportés par les photographes ont suscité beaucoup d'intérêt, certains ne voulant absolument pas être reconnus ont cherché à tout prix la photo où ils étaient le plus dissimulés. D'une manière générale, les personnes ont semblé plutôt satisfaites du rendu.

LE GROUPE ET LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

L'entourage (composé des animatrices et des photographes) a tenté de faire groupe, contrairement aux participants qui manquaient, selon nous, de spontanéité, qui parlaient peu. « *C'est comme en négatif* », nous a dit un collègue pour reprendre la métaphore de la photographie. C'est la mobilisation générale, autant des animatrices que des photographes, des associations, de la mairie, bref du corpus social, qui a été signifiante à la mesure du retrait et de la méfiance des demandeurs d'asile. Malgré cette impression générale, les patients ont déclaré, lors d'une séance de reprise, se sentir membres d'un groupe. Ils avaient plaisir à


Photo 3


Photo 7

de vie qu'ont traversés ces personnes peut malgré tout se métaboliser, même si les photos sont restées un peu figées. Les artistes s'attendaient à des prises de vue plus dynamiques avec des expressions plus vivantes, sans artifice. Les maquillages choisis étaient criards, interpellaient et figeaient une part de l'individu (photo n° 3). Nous-mêmes, animatrices,

être ensemble et à partager ces moments, malgré ce qui avait été perçu.

Leur appartenance à l'humain a été attaquée par les traumas vécus dans leurs pays d'origine, les plaçant dans une dynamique de survie, de retour à des besoins primaires, de repli sur soi. Il leur était difficile de faire confiance, d'être en relation avec l'autre, potentiellement persécutant. Les échanges dans le groupe se sont faits timidement, les encadrants devant stimuler, favoriser les échanges, faire du lien perpétuellement comme pour les réanimer. La répétition inhérente au trauma s'est retrouvée dans la proposition d'une photo-réification de la scène traumatique. Les participants ont d'abord demandé une photo mettant en scène un homme torse nu enchaîné, à genoux dans une rivière froide, demandant à boire et menacé par des soldats. Puis, grâce à l'élaboration par le groupe, la photo s'est transformée et n'a pas montré le trauma de façon abrupte, mais a néanmoins laissé transparaître ses effets à travers un visage caché (photo n° 8), de la tristesse dans le regard (photos n° 2 et n° 4) ou des stigmates physiques (photo n° 6). La photo a évolué d'un collage au trauma vers la possibilité de se reconnaître, de « s'envisager », même à travers un portrait masqué, maquillé et non reconnaissable. Il aurait été, *a priori*, plus évident de montrer le trauma plutôt que de se montrer soi-même.

La répétition inhérente au trauma a contaminé également le groupe. Ainsi, en proposant un montage de clichés pour la photo de groupe (photo n° 9) qui n'avait pas pu se faire autour du repas comme prévu initialement, les photographes ont été pris dans cette répétition. La sidération induite par les événements

avons été emportées par ce mouvement. Au départ, nous avions pensé nos maquillages en référence à des défilés de mode haute couture, en lien avec la symbolique du noir et du blanc, autour de la différence des cultures et des peuples. Le noir et le blanc faisant aussi écho à la photographie (négatif, positif) et au nom de la galerie accompagnant le projet. Nous avions imaginé un maquillage esthétique et vivant, alors qu'au final il tend vers le gothique, faisant émerger une image mortifère de l'individu (photos des animatrices dans la photo n° 9). Le groupe s'est ainsi trouvé soumis aux effets de la sidération liée au vécu des demandeurs d'asile, à la répétition psychique du trauma.

Le dernier traumatisme psychique a été celui du statut administratif. Au cours de ce travail qui a duré plusieurs mois, certains participants sont passés du statut de demandeur d'asile à celui de débouté. Au début, le groupe était composé de cinq demandeurs d'asile et de deux étrangers malades, et a fini avec deux étrangers malades et cinq personnes déboutées. Toutes ces procédures et les réponses obtenues ont eu un effet sur l'état psychique des participants. →


Photo 8


Photo 5

→ Au sein du groupe, les déboutés étaient de plus en plus tristes, repliés sur eux-mêmes, ils avaient perdu leur motivation et se laissaient aller au niveau de l'hygiène.
Le quotidien au rythme des refus administratifs et des expulsions des hébergements a donc impacté le groupe avec des vécus de persécution, de méfiance, une dégradation de l'état psychique des participants malmenés par la réalité sociale. Le groupe, par sa contenance et sa sécurisation, a pu jouer un rôle d'apaisement et de relâchement. Les rencontres successives ont été vécues comme un havre de paix et de sécurité, ce que nous avions dans un premier temps interprété comme de l'ennui et du désintérêt.
Nous avons ainsi mis en évidence, à travers ce groupe, que les conditions d'accueil difficiles et le parcours chaotique inhérent à la demande d'asile peuvent aggraver ou même engendrer des difficultés psychiques. Les besoins primaires n'étant plus assouvis, certains perdent pied, se désorganisent parfois, des éléments dépressifs surviennent ou s'amplifient, pouvant déboucher sur un glissement, voire une désincarnation de soi.

EMPP ET PRISE EN CHARGE DES DEMANDEURS D'ASILE

Les demandeurs d'asile souffrent de syndrome de stress post-traumatique pour la plupart (à la suite de tortures, de viols…), mais aussi de dépressions réactionnelles liées à l'exil, aux difficultés administratives rencontrées et aux conditions d'accueil. Cette symptomatologie est difficilement prise en charge par les secteurs de psychiatrie classique (par manque d'intérêt parfois, par manque de connaissance de la réalité des demandeurs d'asile surtout, et à cause de la barrière de la langue qui ne simplifie pas la tâche). C'est pour cela que l'équipe d'Interface s'est vue missionnée par l'Ars pour accompagner cette population au long cours. En effet, c'est par la connaissance du réseau associatif et social, inhérent à la logique de l'EMPP de « l'aller vers », qu'Interface peut accompagner au plus près ces personnes en souffrance, en tenant compte des difficultés sociales et administratives et en mettant en relation le patient et les structures sociales dont il peut bénéficier.


Photo 4

Tout ce travail nous interroge sur la place d'Interface au sein de l'hôpital et sur notre positionnement entre le social et le soin, le dedans et le dehors. Nous sommes à une place privilégiée pour le patient, mais cela n'est pas sans risque : risque d'omnipotence, de toute-puissance, dont il faut avoir conscience et souvent se défendre en restant humbles par rapport à nos limites, d'où l'intérêt du travail en réseau et en équipe (analyse de la pratique professionnelle, réunions cliniques…). Au sein de l'hôpital, notre EMPP est souvent perçue comme le lieu de soin unique et spécifique pour les demandeurs d'asile. Là encore, il y a un risque de marginalisation encore plus fort pour cette population. Nous devons veiller sans cesse à défendre l'accès au droit commun, à permettre l'orientation vers les services de psychiatrie en cas de pathologie avérée, malgré la réticence des services et parfois des demandeurs d'asile, et à ne pas céder à la tentation de devenir « un CMP pour pauvres ».
Il s'agit d'accompagner au mieux ces personnes avec nos compétences et nos spécificités, mais de veiller à orienter vers le droit commun quand cela est nécessaire.
On ne peut pas soigner ni avant tout prendre soin, sans prendre en compte la réalité dans laquelle vivent ces patients. C'est dans cette dynamique que se situe notre EMPP, comprendre l'individu dans sa globalité psychique, somatique et sociale. Comprendre, mais aussi parfois agir en faisant intervenir le réseau. Avant de travailler au niveau psychique sur les événements traumatiques et leurs effets, il est nécessaire que la personne soit dans un environnement le plus sécure possible, et que les besoins fondamentaux soient assouvis. Les préoccupations sociales seront traitées par les partenaires avec qui nous sommes en lien régulièrement.
La création d'un dispositif particulier à Interface (à travers le binôme infirmier-psychologue) permet au patient d'être accompagné dans une prise en charge individuelle. Ce dispositif spécifique de double écoute, qui a fait polémique tant auprès de nos financeurs qu'au sein de notre structure, correspond à la nécessité d'offrir un cadre contenant,

permettant la diffraction du transfert et l'accueil dans des conditions confortables et bienveillantes de la personne souffrante. Il rend possible la prise en compte des éléments concrets du quotidien (besoins fondamentaux), de l'aspect somatique, et la prise en charge psychologique. C'est dans cet aller-retour entre le réel, le fantasmatique et le vécu émotionnel que les éléments du trauma peuvent être travaillés et élaborés. C'est dans un souci de réaffiliation à l'humain que le dispositif de double écoute (et donc de groupe) présente un intérêt thérapeutique. Chaque interlocuteur peut être le support d'une part de transfert et peut, en retour, répondre de sa place différenciée de professionnel (infirmier ou psychologue). Nous tenons à défendre ce dispositif qui nous permet de travailler dans des conditions optimales au plus près des demandeurs d'asile.

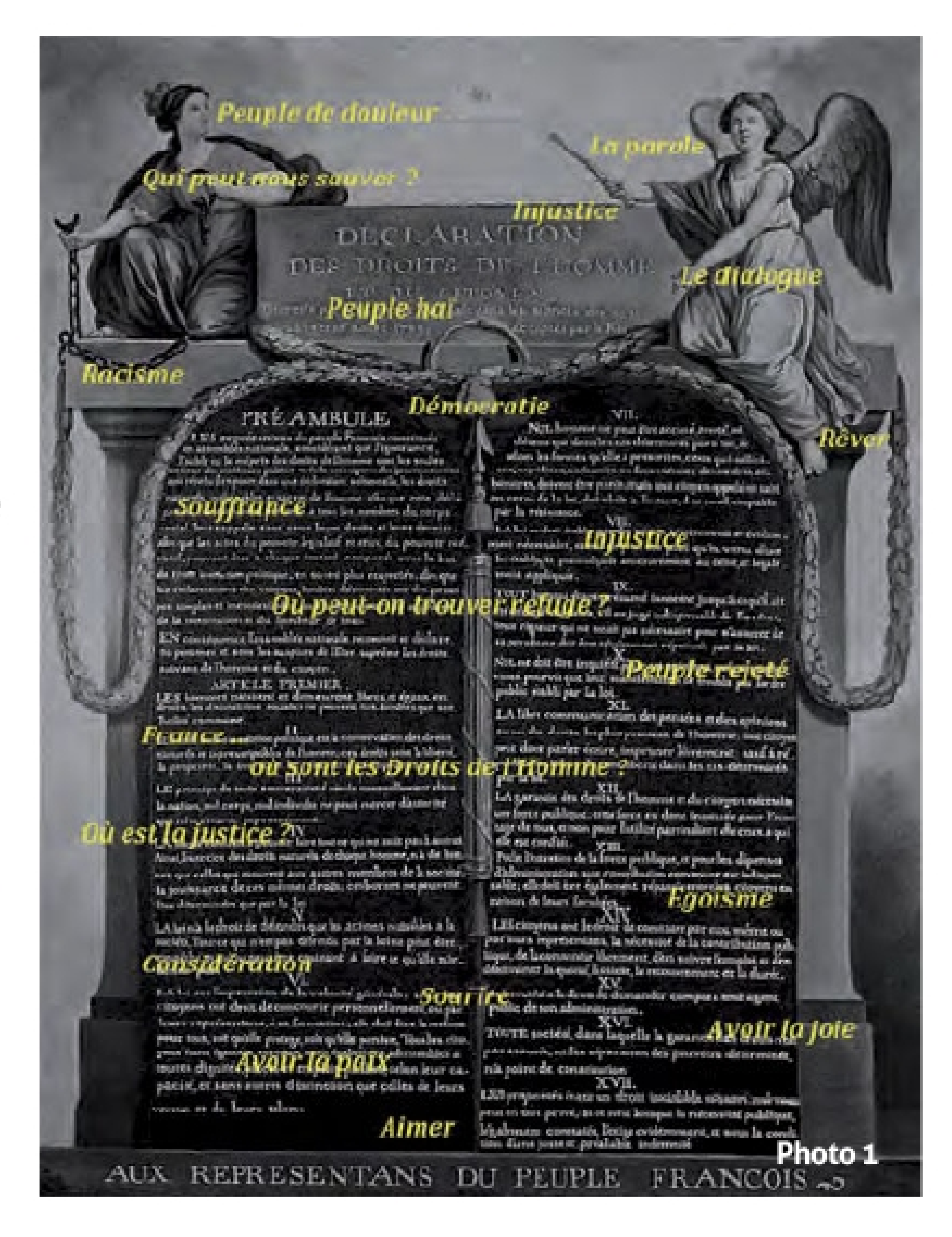


Photo 1

UN GROUPE À LA CROISÉE DU THÉRAPEUTIQUE, DE L'ARTISTIQUE ET DU POLITIQUE

Les participants nous ont fait part du bien-être que cette expérience a pu leur procurer. Ils ont apprécié la rencontre avec d'autres personnes ayant le même parcours, le partage des repas et des émotions, ce que nous n'avions pas forcément perçu. Certains patients ont créé des liens, indépendamment du groupe, en échangeant leur numéro de téléphone portable, seul moyen de rester en contact, leur adresse pouvant changer à tout moment ; d'autres se sont rendu visite, se sont retrouvés en ville ou se sont autorisés à se dire bonjour au nom d'une appartenance à un même projet. Même si ce groupe a été compliqué à faire vivre, à faire réagir et interagir, et a demandé beaucoup d'énergie aux encadrants, il a travaillé dans le sens d'une réaffiliation à la communauté humaine.

Quant au bilan final avec les participants, il est en demi-teinte, de notre point de vue. Nous sommes un peu déçues, car ils s'expriment difficilement sur cette expérience, ils disent seulement que « c'était bien » sans développer plus avant. Tous nous remercient néanmoins, reconnaissant notre volonté d'avoir animé le groupe et nous félicitant pour notre initiative. Leur motivation principale a été la revendication politique.

Les événements traumatiques ont fait trace dans le groupe, mais une élaboration a pu se mettre en route, les photos finales ne sont pas des photos, réification du trauma, mais de réelles productions artistiques (grâce aux photographes). Elles laissent transparaître de la tristesse (maquillage avec des larmes : photo n° 4), la volonté de revendication politique (par une photo de la Déclaration des Droits de l'Homme sur laquelle se surajoutent les mots des participants comme « racisme », « souffrance » : photo n° 1, ou la prise de parole : photo n° 5), la douleur physique à travers une béquille (photo n° 6), l'espoir et la déception avec une photo représentant la France comme elle avait été fantasmée : une princesse en costume d'époque (photo n° 7). Les masques, utiles pour se cacher, sont des masques de carnaval, qui donnent aux photos une atmosphère particulière, parfois étouffante (photos n°s 4, 6, 7, 8). Le rendu final est, comme nous le souhaitions, très esthétique. Les demandeurs d'asile sont photographiés de façon originale et non comme à l'accoutumée avec des portraits en noir et blanc un peu misérabilistes.

Quant à l'impact politique, il reste à évaluer, car l'exposition n'a pas encore eu lieu. Les participants ont eu une réelle volonté de partager leur vécu et de montrer leur souffrance aux citoyens stéphanois. Ceux-ci choisiront ou non de prendre un peu de leur temps pour regarder ces demandeurs d'asile autrement et comprendre leur histoire. Que vont-ils ressentir ? Que vont-ils voir dans ces photos ?

Ce groupe avec des demandeurs d'asile, à la croisée du thérapeutique, de l'artistique et du politique, a permis à l'EMPP Interface de faire une expérience nouvelle et originale dans le champ artistique. Celle-ci permet un angle d'approche et de travail supplémentaire qui ouvre une piste à explorer et à développer dans l'avenir. ▶

Bibliographie

Allione C., 2005, *La Part du rêve dans les institutions. Régulation, supervision, analyse des pratiques*, Paris, Les Belles Lettres, 2010.

Bouillot P., 2004, « L'errance subjective », *in Revue Quart, 80-81.*

Cadart M.-L., 2004, « La vulnérabilité des mères seules en situation de migration », *in* « Femmes seules avec enfants face à la précarité », *Dialogue, 163* : 60-71.

Calligaris C., 1991, *Pour une clinique différentielle des psychoses*, Paris, Point Hors Ligne.

Chobeaux F., 2011, *Les Nomades du vide : des jeunes en errance, de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil*, Paris, La Découverte.

Ciccone A., 1998, *L'Observation clinique*, Paris, Dunod.

Ciccone A., 2011, *La Psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*, Paris, Dunod.

Ciccone A. *et al.*, 2012, *La Part bébé du soi. Approche clinique*, Paris, Dunod.

David M. et Appell G., 1973, *Lóczy ou le maternage insolite*, Paris, Scarabée.

Daviet O., 2009, « Clinique de la précarité, précarité de la clinique », *in Le Journal des psychologues, 269* : 56-60.

Delion P., 2005, *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychothérapie institutionnelle*, Paris, Dunod, 2011.

Deligny F., 2007, *Œuvres*, Paris, L'Arachnéen.

Douville O., 2008, *De l'adolescence errante. Variations sur les non-lieux de nos modernités*, Nantes, Éditions Pleins Feux.

Douville O., 2010, « Les fonctions psychiques de l'errance », *in Psychologie clinique, 30* : 80-92.

Douville O. (sous la direction de), 2012, *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, Paris, Dunod.

Elfakir A., 2005, « "L'erreur est humaine." L'errance entre névrose et psychose », *in Cliniques méditerranéennes, 72* : 81-88.

Escots S., 2005, *Travail de rue et personnes à la marge*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Furtos J., 2007, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », *Mental'idées, 11* : 25.

Furtos J., 2008, *Les Cliniques de la précarité, Issy-les-Moulineaux, Masson.*

Fustier P., 1993, *Les Corridors du quotidien. La relation d'accompagnement dans les établissements spécialisés pour enfants*, Lyon, PUL.

Garot M., 2012, « Le théâtre de (la) rue. Errance, inconsolabilité et enclaves cloacales », *in* Ciccone A. *et al., op. cit.*

Garot M., 2013, « Les enclaves cloacales du lien. À propos de l'"Exclusion" (cette gorgone) », *in* Ciccone A. *et al., op. cit.*

Garot M. et Poitau M., 2012, « Bichin l'mâtru, de l'imbécile heureux au patient interfacien », *Canal Psy, 4* : 48-53.

Houzel D., 1987, « Le concept d'enveloppes psychiques », *in* Anzieu D., *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.

Kaës R., 1978, « L'utopie dans l'espace paradoxal entre jeu et folie raisonneuse », *Bulletin de psychologie, 336* : 853-879.

Leccia J. D., 2012, « Clinique spatiale de l'itinérance », *in Revue Rhizome, 45.*

Mannoni M., 1973, *Éducation impossible*, Paris, Le Seuil.

Mathieu F., 2013, « Le manteau cloacal ou l'incurie des sujets SDF », *in Le Journal des psychologues, 306* : 58-64.

Moro M. R., 2008, *Maternités en exil*, Paris, La Pensée sauvage.

Oury J. et Faugeras P., 2012, *Préalables à toute clinique des psychoses*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Pitici C., 2008, « Errances et amarrages », *in Le Journal des psychologues, 263* : 55-62.

Quesemand-Zucca S., 2007, *Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock.

Quesemand-Zucca S., 2012, « Remarques d'une psychiatre-psychanalyste sur les défis que pose la grande exclusion », *in* Douville O. (sous la direction de), *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, Paris, Dunod.

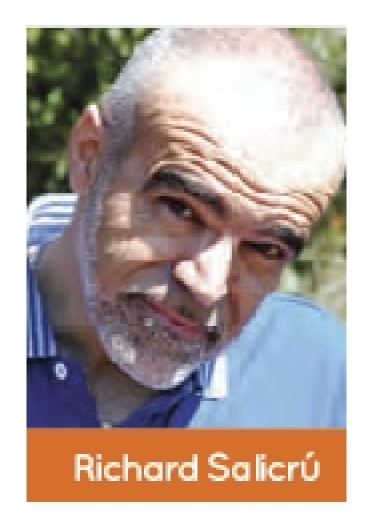
Roussillon R., 2012, « Arguments pour un herbier des pratiques cliniques... », *Canal Psy, 4* : 55-58.

Sibony D., 1991, *Entre-deux : l'origine en partage*, Paris, Le Seuil.

Tosquelles F., 1967, *Le Travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, Paris, Scarabée.

Troubles du comportement chez la personne âgée : une sexualité « *postgénitale* » pathologique ?

La neurologie et la neuropsychanalyse sont sources de spéculations sur les comportements déroutants de la personne âgée et sur l'expression d'une sexualité psychopathologique. On peut dès lors se demander si le surgissement de pulsions incontrôlables ne serait pas la conséquence d'une érosion des mécanismes de défense.



Richard Salicrú
Psychologue clinicien, psychanalyste
Docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse

La clinique des syndromes démentiels Alzheimer ou de type Alzheimer chez les personnes âgées ne peut éviter une étude plus approfondie des mécanismes de défense et surtout de leur évolution au cours de la maturation du sujet. Certaines démences du grand âge s'initient par des troubles du comportement. Dans d'autres situations de ce type, les troubles du comportement font partie de l'évolution de la maladie. Entre autres signes s'observent le plus souvent des troubles du contrôle de soi tels que nous pouvons les observer dans le cadre des manifestations de type « fronto-temporales » (hyperoralité, irritabilité, désinhibition comportementale ou verbale, trouble du contrôle émotionnel, etc.) (Delbeuck, Pasquier, 2008). Mais cette observation est sûrement liée aux atteintes des régions frontales (cortex orbito-frontal) (Derouesné, 2008) touchant à la fois à la sphère cognitive et à la sphère affective, celle qui nous intéresse tout particulièrement ici. L'étude de ce type d'accès démentiel permet probablement de mieux discerner l'involution des mécanismes de défense. Si nous considérons que les mécanismes de défense se construisent tout au long de l'existence, nous sommes en mesure de leur donner, en fonction de l'âge de la personne, des qualités évolutives : archaïques, infantiles, adultes, matures, etc. Les mécanismes de défense se modifient et surtout se complexifient avec la maturation du psychisme. L'hypothèse que nous tenterons de soutenir est la suivante : les mécanismes de défense, en vieillissant, avec la perte de l'élasticité psychique et organique, se fatiguent, s'érodent jusqu'à quelquefois régresser à leur état premier. Nous partons du modèle suivant : les mécanismes sont construits selon des couches successives au cours de la maturation du sujet. Il s'agit d'un processus de complexification lié tant à l'expérience de la vie qu'à la cumulation des traumatismes. Ce principe est une modélisation personnelle qui nous permet d'envisager notre clinique et se réfère à notre récente réflexion sur le vieillissement des mécanismes de défense (Salicrú, 2012). Le deuxième postulat issu de ce travail est que ces couches, à la faveur du vieillissement et de la détérioration neurodégénérative, s'estompent progressivement jusqu'à la régression parfois complète à un état proche de l'état archaïque. Cette hypothèse d'involution de la structure psychique permet de mieux appréhender, entre autres, les troubles du comportement perturbateurs chez les patients touchés par une démence de type Alzheimer. Cette modélisation, comme toute modélisation, n'a qu'une valeur spéculative, mais elle est directement inspirée des dernières avancées de la neurologie et de la neuropsychanalyse.

UNE RÉALITÉ NEUROLOGIQUE

Pour qualifier le vieillissement des mécanismes de défense, l'image de l'érosion se justifie par l'observation clinique d'une régression psychique. L'érosion est la disparition des dernières couches formées laissant apparaître des couches anciennes, c'est-à-dire des systèmes de plus en plus rudimentaires qui redeviennent actifs à leur tour. Lorsqu'un mécanisme de défense s'affine en fonction d'une expérience vécue, il superpose au précédent système

une forme de réaction nouvelle à la situation à laquelle il résiste. Lorsque ce dernier système disparaît, l'ancien est à nouveau mis en œuvre chaque fois que la situation se représente. Si, sans doute, des liens restent à faire avec les réalités neurologiques, ce n'est clairement pas notre propos dans cet article. Modéliser le vieillissement des mécanismes de défense sur l'érosion rejoint et précise bien sûr l'idée de régression déjà largement utilisée dans la clinique psychopathologique des personnes âgées.

S'il est exact que les dernières constructions cérébrales sont frontales, c'est-à-dire le site d'autocontrôle de notre psychisme (le cerveau frontal finit de se construire vers vingt-cinq ans), alors l'observation des patients subissant avec l'âge des lésions cérébrales des régions frontales nous permet d'asseoir cette modélisation. Pierre Charazac estime, pour sa part, qu'il s'agit probablement là d'un phénomène plus général et d'un remaniement topique chronologique global : « *Le surmoi étant l'instance la plus tardivement constituée, elle devrait être la première remaniée par le vieillissement* » (Charazac, 2012). L'atteinte de ces régions engage la personne dans des comportements pour lesquels les retenues socio-éducatives ne sont plus compétentes. Propos triviaux, gestes déplacés voire agressifs, désinhibition et cris sont les comportements perturbateurs les plus fréquents que l'on peut observer dans ce cadre psychopathologique. Avec le temps et lorsque l'état physique de la personne le permet encore, ces comportements sont de plus en plus saillants, obligeant dans la plupart des situations d'introduire des sédatifs puissants, la parole ne suffisant plus à récupérer les distances critiques du patient et son autocontrôle. Du point de vue psychanalytique, cela fonctionne comme si l'instance surmoïque perdait de sa puissance et s'effaçait petit à petit, facilitant du coup l'émergence des rejetons de l'inconscient jusque-là refoulés. Le surgissement pulsionnel prend alors le pas. Du point de vue clinique, nous pourrons observer une désintrication pulsionnelle, voire l'apparition des pulsions partielles telles que nous les connaissons chez le jeune enfant. Exhibitions, agressions sexuelles, actes sadiques puis, parallèlement, fixations pulsionnelles sur les sphères anale et buccale sont très souvent identifiables au décours des troubles du comportement perturbateurs. Peut-on alors supposer qu'il y a une « *partiellisation* » des pulsions qui, de fait, remettrait à l'ordre du jour une déstructuration vers une forme prégénitale de la sexualité ? Devrons-nous alors parler de forme « *postgénitale* » pathologique ?

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Un homme de quatre-vingt-sept ans nous avait été présenté il y a quelques mois pour des troubles du comportement, qui survenaient tout au long de la journée lorsqu'on tentait de lui apporter les soins nécessaires. Dès lors qu'il avait une personne en face de lui, il commençait par proférer des insultes sans raison apparente, puis s'il parvenait à saisir le bras ou la main de son interlocuteur, il la serrait très fort, quitte à planter ses ongles. Un masque sadique s'affichait alors sur son visage. Il serrait les dents, plissait les yeux comme pour bien montrer qu'il n'espérait qu'une chose : « Faire mal ». Aucune parole ne permettait de calmer le comportement ni l'injonction d'arrêter ni les appels à la raison. Mais le plus surprenant reste que, dans son discours, en apparence inadapté, apparaissait assez souvent le remors, la demande d'un pardon, comme s'il se rendait compte dans l'après-coup de la violence qui émanait de lui-même et qu'il ne pouvait pas contrôler. Cependant, aucun mouvement de regret de ses actes ne suffisait à stopper son agression. Cet exemple clinique n'est pas unique. Il existe un grand nombre de situations pour lesquelles les comportements ne sont pas explicables, en particulier les cris permanents qu'aucun raisonnement ne permet de rationaliser les origines.

Pourtant, si nous pensons ces comportements comme les restes archaïques de systèmes défensifs, alors nous pourrons peut-être observer qu'ils sont réactionnels à des situations conflictuelles aussi frustres que la faim, la douleur ou le besoin d'élimination quand nous cherchons en tous sens une signification complexe de cette manifestation. Nous ne pouvons pas penser qu'il s'agit réellement d'un retour simple de la phase prégénitale parce que la structure psychique reste partiellement adulte et que, de plus, la situation est de toute évidence pathologique. L'expérience de la vie, l'éducation, la sclérose progressive de la névrose du sujet, modifient ce dernier jusqu'à un point de non-retour. De plus, le regard de l'autre garde toute sa valeur et il est de surcroît à l'origine des positions subjectives de chaque individu.

Comme si l'instance surmoïque perdait de sa puissance et s'effaçait petit à petit.

Or, lorsqu'un sujet âgé ayant des troubles du comportement se présente au regard de l'autre, malgré la forte tendance à l'infantilisation qu'il suscite par ses attitudes, il lui sera toujours renvoyé en miroir une image de la distorsion entre la présentation d'une pulsion partielle infantile et la présentation d'un corps adulte en proie à cette pulsion.

Cette distorsion persiste au point qu'il n'est pas possible de penser de façon logique en une régression prégénitale même s'il s'agit probablement du surgissement de pulsions partielles infantiles telles qu'elles ont été abandonnées à l'adolescence de l'individu. S'engager alors dans la →

description d'une sexualité *postgénitale* pathologique prend tout son intérêt, car elle présente à la fois la possibilité d'invoquer et de se référer à l'organisation prégénitale freudienne tout en restant compatible avec une clinique du vieillissement, évitant ainsi toute tentative de propulser la personne âgée dans sa globalité vers une infantilisation trop souvent promue et acceptée par l'entourage de celle-ci. Freud décrit la construction de la sexualité adulte dans sa première topique. Cette maturation se fait en deux temps : la phase de latence, qui est balisée par le refoulement des pulsions, puis la phase de la puberté dont le but sera l'unification des pulsions partielles vers un choix d'objet unique : « *Le choix d'objet de la puberté doit renoncer aux objets infantiles et prendre un nouveau départ en tant que courant sensuel* » (Freud, 1905). Bien que notre objectif ne soit pas de reprendre le déroulement de ces deux phases en miroir du vieillissement, nous pouvons tout de même décrire un remaniement des investissements libidinaux dont une des conséquences pathologiques pourrait être la rupture du primat du génital dans un certain nombre de situations psychopathologiques. Cette période de remaniement peut être matérialisée, par exemple, avec l'extinction quasi volontaire des désirs sexuels par le sujet lui-même qui peut survenir de façon pathologique très précocement dès l'âge de la ménopause chez certaines femmes (positions névrotiques obsessionnelles encore trop souvent légitimées par des présupposés sociaux et familiaux) et avec la perte des capacités érectiles chez l'homme lorsqu'elle advient. En tout état de cause, nous pouvons observer une phase au cours de laquelle la question de la sexualité sera partiellement éludée. En effet, cette phase est socialement appuyée par le refus collectif d'accorder à la personne âgée toute forme de capacité génitale. Il s'agit d'un déni encore assez important de nos jours, même si nous sommes probablement à la veille d'une deuxième révolution sexuelle qui sera celle des séniors du baby-boom de l'après-guerre et qui, sans doute, modifiera ce type d'évolution. Durant cette période plus ou moins longue, la libido est donc en grande partie sublimée sur la génération des petits-enfants lorsqu'il y en a, mais aussi sur des activités multiples, propres à la première période de retraite entre soixante-cinq et soixante-quinze ans (activités intellectuelles, sportives, associatives, etc.). Mais cette phase est en même temps la scène de nombreuses pertes parallèles de capacités ou d'investissements sociaux durant laquelle la libido est en grande partie libérée puis sublimée sur divers objets. Il est important de comprendre que, compte tenu des deuils multiples de la vieillesse, les investissements libidinaux sont sans cesse l'objet d'un repositionnement qui finit sans doute par « user », d'une certaine manière, les capacités subjectives à l'investissement. Il y a normalement chez tous les sujets âgés un repli narcissique défensif pour éviter les arrachements affectifs douloureux à répétition. Fort heureusement, cela n'est en aucun cas une issue inévitable. La majorité des âgés gardent leurs capacités d'investissement libidinaux intacts et abordent la vieillesse en gérant sans difficulté leurs désirs et leur sexualité tout comme ils le faisaient à l'âge adulte.

Il y a chez tous les sujets âgés un repli narcissique défensif.

Mais, dans un cadre pathologique, avec la progression des dégradations cognitives, la concentration sur une tâche intellectuelle devient de plus en plus difficile, les mécanismes de défense, comme la sublimation, ont de plus en plus de mal à fonctionner et à permettre un investissement libidinal satisfaisant pour le moi. Nous assistons donc, à la suite



de cette phase de remaniement libidinal et dans un délai variable en fonction des sujets, à une perte des capacités de choix d'objet, quelquefois contemporaine à la perte de l'objet d'amour dans la réalité, par le décès d'un conjoint et enfin une désintrication de la pulsion sexuelle génitale en pulsions partielles, avec un surinvestissement fréquent des pulsions anale et orale. La libido se trouve alors engagée dans des investissements partiels. Il existe en plus, sans doute, une nécessité de diviser les investissements libidinaux avec l'arrivée de nouvelles générations dans la famille (arrière-petits-enfants), cette division venant fragiliser le choix d'objet unique dans la structure familiale originaire (parents/enfants). De façon concomitante, la relation de couple elle-même passe par des phases de fragilisation et l'investissement libidinal

s'érode. À l'issue de cette période de crise de l'instance surmoïque, nous assisterons à une réapparition des pulsions partielles telles que les pulsions scopiques, sadiques-anales, orales. C'est bien ce remaniement psychique en regard des différentes phases de la sexualité infantile qui nous autorise à penser en terme de postgénital en référence au prégénital.

LE SUJET DANS SON ENVIRONNEMENT

La désintrication pulsionnelle va se réaliser dans le grand âge et donner libre cours à l'expression des pulsions partielles infantiles. Le jeu des pulsions sadiques-anales est extrêmement fréquent surtout au sein des institutions où l'on peut l'observer jusque dans les contre-attitudes des professionnels qui prennent en charge les personnes



âgées. Les relèves soignantes peuvent, à l'extrême, être entièrement consacrées aux questions du transit des patients. Mais les questions d'oralité ne sont pas en reste. L'institution gériatrique est essentiellement fixée sur deux pôles d'importance quotidienne : les protections et l'alimentation. Ce n'est sûrement pas un hasard, mais bien un reflet de ce qui se joue en leur sein. Il n'est pas rare d'observer en institution des personnes âgées qui manipulent leurs selles. Les soignants les découvrent maculés, le matin, dans leur lit. Cela peut même mener ces derniers à utiliser des formes de contention pour éviter ce type de comportement (grenouillère, sécuridrap). Mais nous avons pu constater, à l'occasion de changement de service et donc d'équipe soignante, pour certains résidents, que ce type de comportement pouvait céder à la faveur d'attitudes sociales plus normales. Ces observations nous permettent de penser que ces comportements sont bien des systèmes de défense de type sadique-anal qui surviennent de manière réactionnelle à des situations de contraintes institutionnelles. Le changement de lieu et d'environnement, pour peu qu'il soit perçu comme positif par la personne démente (et nul ne peut prédire ce qui pourra être perçu comme tel) peut diminuer l'utilisation de ces mécanismes défensifs. Il y a malheureusement dans le terme de démence un signifiant qui ôte à ce type de comportement tout rapport possible à une explication rationnelle. Pourtant, le fait que ces comportements cèdent à l'occasion de modification de l'environnement est une démonstration claire que ces actes « déments » ont une signification et sont de véritables mécanismes défensifs en regard des agressions environnementales qui ne sauraient être appréhendées d'une façon plus efficace.

LES PERTES DE CAPACITÉ DE REFOULEMENT

Pour en revenir donc aux mécanismes de défense, nous allons nous intéresser plus précisément à la réapparition des pulsions sadiques-anales. Comme nous l'avons déjà indiqué, nous avons souvent observé qu'elles resurgissent à la faveur de l'épuisement d'une névrose obsessionnelle. « *Freud a successivement dégagé la spécificité étiopathogénique de la névrose obsessionnelle du point de vue des mécanismes (déplacement de l'affect sur des représentations plus ou moins distantes du conflit originel, isolation, annulation rétroactive) ; du point de vue de la vie pulsionnelle (ambivalence, fixation au stade anal et régression) ; du point de vue topique enfin (relation sadomasochiste intériorisée sous la forme de la tension entre le moi et un surmoi particulièrement cruel)* » (Laplanche et Pontalis, 1967). Nous voyons bien à quel point l'ensemble des formations réactionnelles de la névrose obsessionnelle s'expriment sur un terrain précurseur des troubles du comportement perturbateurs. Et, dans la réalité, nous observons assez fréquemment que les pulsions sadiques-anales chez la personne âgée sont caractéristiques de structures psychiques fortement obsessionnelles. Lorsque l'histoire de vie permet de décrire ces personnalités, nous avons souvent affaire à une rigidité psychique antérieure. De fait, l'apparition des troubles au travers d'un débridage des comportements sadiques-anaux est souvent très paradoxale pour l'entourage. Ainsi, l'agressivité au cours de la toilette, la manipulation des selles durant la nuit, les jurons et un langage trivial apparaissent chez une personnalité décrite comme très droite, voire rigide. Ce paradoxe n'existe qu'aux yeux du profane, car, pour le clinicien, les mécanismes de défense qui apparaissent au cours des pathologies psychiques dans la maladie d'Alzheimer →

et les démences associées sont les pendants plus archaïques des formations réactionnelles dans les structures obsessionnelles.

Les mécanismes de défense qui permettent la retenue et le refoulement de ces pulsions, voire leur sublimation dans certains traits de caractère saillants (force de caractère, autorité, narcissisme), ne paraissent donc plus pouvoir jouer leur rôle. Normalement, « *quand le refoulement est utilisé, le sujet ressent des sentiments et des pulsions qu'il ne reconnaît pas, tout en ne reconnaissant pas non plus la situation ou la personne qui a pu les évoquer. Ignorant pourquoi ses pulsions et sentiments sont en jeu, le sujet les exprime sans les modifier ou les change en utilisant un mécanisme de défense supplémentaire.*

Par exemple, l'envie refoulée de frapper quelqu'un peut être transformée encore plus par un déplacement et se traduire par une crise de nerfs du sujet à propos d'un ennui sans gravité » (Perry, Guelfi, Despland, Hanin, Lamas, 2009).

Avec le vieillissement des défenses, partiellement, sur le terrain sadique-anal, le sujet perd de sa structuration. Il peut néanmoins garder d'autres capacités défensives.

Nous observons alors certains troubles du comportement agressifs, voire sadiques, tentatives de pincement durant la toilette, coups portés aux soignants et insultes la plupart du temps fondées sur un registre sexuel.

L'objectif est, de toute évidence, de « faire mal » en réaction à l'intrusion des soignants dans la sphère intime. Il s'agit bien de mécanismes de défense sadiques-anaux. De même, la manipulation des selles relève d'un effondrement des mécanismes de refoulement des pulsions anales infantiles. Il semble qu'elles restent telles quelles au cœur du psychisme et qu'elles réapparaissent comme une conséquence directe d'une perte des capacités de refoulement. Il est aussi clair que le mécanisme de déplacement n'est plus compétent à son tour. La réaction est donc brutale, faisant sûrement suite à une résurgence inconsciente d'une émotion et donc de pulsions liées aux stress de l'enfance jusque-là refoulées avec succès.

Chez la personne âgée en proie à une démence ou à une psycholyse selon Gérard Le Gouès, « *la diminution progressive de la répression des affects libère plus tôt et plus intensément l'expression de ceux-ci* » (Le Gouès, 2000).

Cette sexualité *postgénitale* surviendrait donc à la suite de l'effondrement des mécanismes de défense qui, jusque-là, ont permis la rétention et le refoulement des pulsions partielles. Dans les situations critiques, pour lesquelles nous nous heurtons à des comportements particulièrement insupportables, la modélisation de ces états par l'avènement d'une sexualité *postgénitale* est particulièrement explicite.

Un des principaux intérêts est de comprendre qu'il s'agit de pulsions sexuelles partielles. Cela nous engage forcément à traiter la question autrement que par une simple attitude réprobatrice. Car, en effet, une des différences fondamentales avec une sexualité prégénitale est l'élasticité et la possibilité éducative. Lors des surgissements des pulsions partielles chez l'enfant, il est possible, pour l'éducateur, d'intervenir pour tenter de faire entendre les interdits et permettre la construction progressive de l'instance surmoïque avec l'installation d'un investissement libidinal vers l'apprentissage. Lors de tels surgissements dans le grand âge, il est impossible de faire entendre l'interdit. Cela est dû, sans doute, au fait que Les mécanismes de défense ne sont pas en phase de construction mais bien d'effondrement. Nous savons que les mécanismes de défense sont capables de gérer, entre autres, les pulsions sexuelles. Leur incompétence progressive avec la fatigue cérébrale et cognitive ne permet plus pour le sujet d'intégrer la prononciation d'un interdit.

Il semble que ce système de régulation n'est plus à même d'effectuer le travail psychique qui est tout à fait possible dans l'enfance. Les investissements libidinaux nécessaires à l'intégration d'un interdit ne sont plus possibles. Donc, même si l'interdit semble compris et accepté par la personne, l'incapacité du sujet de transférer la libido, ici liée à la pulsion partielle, fait que, rapidement, cette dernière réapparaîtra telle quelle. Il ne s'agit peut-être là pas d'une perte de la mémoire récente liée à un trouble cognitif ni même d'une incapacité d'intégrer une nouvelle information, mais bien d'une impossibilité de réinvestissement libidinal liée à la disparition du mécanisme de défense, qui permettait jusque-là cette opération psychique.

Nous savons par ailleurs que les échecs d'intégration des interdits dans l'enfance mènent finalement à des psychismes aux tendances perverses ou psychopathes. Or, il est assez rare d'observer ce type d'atteinte de la sphère frontale chez ces personnalités. Il est bien plus fréquent de les trouver chez des sujets obsessionnels ou pervers-narcissiques au psychisme

Bibliographie

Charazac P., 2012, *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille,* Paris, Dunod.

Delbeuck X., Pasquier F., 2008, « Démences fronto-temporales », *in* Belin C., Ergis A.-M., Moreaud O. *et al., Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques,* Marseille, Solal.

Derouesné C., 2008, « Manifestations psychologiques et comportementales de la maladie d'Alzheimer », *in* Belin C., Ergis A.-M., Moreaud O. *et al., Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques,* Marseille, Solal.

Freud S., 1905, *Trois essais sur la théorie sexuelle,* Paris, Gallimard, 1987.

Laplanche J., Pontalis J.-B., *1967,* « Névrose obsessionnelle » *in Vocabulaire de la psychanalyse,* Paris, PUF.

Le Gouès G., 2000, *L'Âge et le principe de plaisir,* Paris, Dunod.

Perry J.-C., Guelfi J. D., Despland J.-N., Hanin B., Lamas C., 2009, *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation,* Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

Salicrú R., 2012, *Vieillissement et érosion des défenses : La forteresse dévastée,* Lyon, Chronique sociale.

construit sur des bases structurelles obsessionnelles voire paranoïdes. Nous pouvons penser que la fatigue cérébrale provient d'une vie entière au service du refoulement, des rétentions, des frustrations, des conjurations permanentes et surtout des tentatives de maîtrise de soi ou de l'autre. Ou, autre option descriptive, que l'affaiblissement cérébral dû au vieillissement normal provoque une incapacité des mécanismes de défense de retenir ce qui a toujours été retenu depuis la petite enfance et l'installation d'un surmoi despotique. Ce despote, qui règne en maître absolu sur son domaine, ne semble pas bien vieillir, il paraît se fatiguer bien plus vite et ne plus être en mesure de maintenir le calme dans ses rangs avec le vieillissement.

EN CONCLUSION

Nous pensons que la notion de *sexualité postgénitale pathologique* peut soutenir la réflexion sur la prise en charge des personnes âgées en proie à une maladie présentant une symptomatologie avec troubles du comportement perturbateurs. Il faut noter que ces troubles sont des plus difficiles à prendre en charge en institution. Mais ils sont aussi la plupart du temps à l'origine même des institutionnalisations, car ils compromettent durement le maintien à domicile. Ce sont ces troubles qui, par ailleurs, provoquent l'éloignement des familles. En élaborant une véritable réflexion fondée sur l'observation clinique, à la lumière de la théorie freudienne de la libido, nous pensons autoriser une appréhension différente des troubles du comportement par un travail sur la représentation collective, familiale et institutionnelle de ces derniers. Il importe en effet d'envisager ces troubles comme une incapacité de se défendre contre des pulsions partielles au même titre qu'un jeune enfant, mais en lui apportant une réponse adaptée à l'âge et aux capacités réelles du sujet. Ainsi, les méthodes qui consistent à considérer la personne démente comme un sujet à part entière, dans sa dignité, à respecter son intimité, à éviter toute forme d'infantilisation et à soutenir ses capacités défensives, permettront de conserver plus longtemps les aptitudes sociales des patients. L'institution, trop souvent, abolit définitivement les capacités défensives en imposant sans discernement les règles du collectif. Les familles, aussi, participent par leur incompréhension des troubles à une démolition systématique des mécanismes de défense déjà mis à mal par les troubles neurodégénératifs. La prescription de sédatifs, si elle apaise, ne permet pas de reconstruction psychique et étouffe en même temps les mécanismes défensifs résiduels qui pourraient permettre un maintien de certaines capacités. L'attitude conservatrice des mécanismes de défense consiste à accepter l'autonomie psychique de la personne âgée. Cela sous-entend d'être en mesure de supporter les refus, de valider les colères, d'adapter sa propre vision du monde à la distorsion de la vision de la personne démente. C'est bien ce que tendrait à promouvoir et à soutenir cette réflexion théorique.

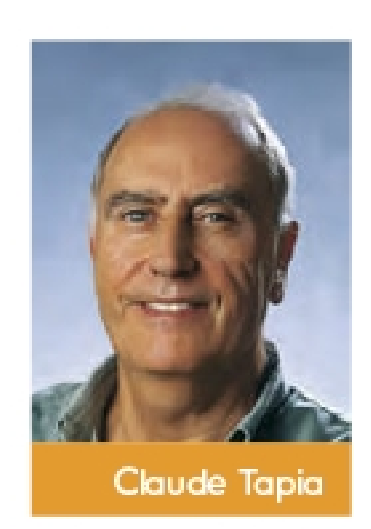
Traces de vie et histoires de nuit

Les deux ouvrages évoqués traduisent une même philosophie et une même conception des rapports humains. À partir des travaux de Boris Cyrulnik sur la résilience et de références au principe dialogique d'Edgar Morin, l'analyse des récits de vie ouvre à la formulation de l'hypothèse d'une forme singulière de résilience : l'antirésilience. Le propos s'élargit à la discussion d'une fonctionnalité de la vie nocturne, d'une finalité autoformatrice des vagabondages et divagations auxquels elle donne lieu, peut-être encore d'une mise en sens d'un travail inconscient.



Martine Lani-Bayle

Professeur en sciences de l'éducation, université de Nantes



Claude Tapia

Professeur émérite à l'université de Tours

Membre du CR du *Journal des psychologues*

Claude Tapia : Bien que vos deux derniers ouvrages ne traitent pas du même sujet, ils traduisent la même philosophie, la même conception de la vie et des rapports humains. *Traces de vie* (Lani-Bayle, Milet, 2012) donne, de prime abord, le sentiment d'un rassemblement d'annotations de bon sens, d'images fantastiques, d'allusions poétiques… de nature à installer le lecteur dans un univers impressionniste – ce qui peut être déstabilisant. Le sous-titre de l'ouvrage *De l'autre côté du récit et de la résilience* intrigue et mériterait peut-être quelques commentaires. Par ailleurs, cet ouvrage est ponctué de couples de notions antithétiques, comme si l'utilisation du procédé stylistique consistant à accoupler des contraires – par exemple, récit/anti-récit, résilience/anti-résilience, lieu/non-lieu, racontage/anti-racontage… – créait un balancement dialectique évocateur et donnait une plus-value à votre propos. Peut-être escomptiez-vous ainsi nous expliquer la fonction paradoxale du récit de vie et le « travail » ambigu de la résilience ? Au-delà d'une démarche que l'on pourrait qualifier de cathartique, pouvez-vous nous préciser la philosophie sous-tendant l'ensemble de l'ouvrage ?

Martine Lani-Bayle : Ce premier ouvrage, particulier dans sa conception comme dans sa présentation, ainsi que vous le relevez, a une histoire qui éclaire ces spécificités et que l'éditeur a bien voulu préserver dans leur format initial. En effet, il s'agit d'un dialogue en différé par *emails* entre Éric Milet, photographe écrivain-voyageur autodidacte, et moi-même, sur ce que sont et font les démarches d'histoires de vie en formation que vous avez présentées dans le *Journal des psychologues*[1].
Avoir à expliciter ce que je connais assez bien à une personne en dehors du champ réflexif habituel, et qui envoie des répliques directes et sans ambages, s'est révélé non seulement passionnant, mais producteur de réflexions. De fil en aiguille, cela m'a menée à des propositions théorisantes, tant du côté des histoires de vie que d'un surgissement inattendu du côté de la résilience version Boris Cyrulnik. D'où la proposition faite à ce dernier, ainsi qu'à Gaston Pineau (pour la mise en récit de la vie), d'y réagir et d'encadrer de leur portance ce document, car nous avons choisi de le laisser dans sa facture originelle et spontanée, montrant la construction à l'œuvre et sans camoufler *a posteriori* les fils de bâti.
Au-delà de nos différences de référentiel qui se sont avérées fécondes, ce qui a fait lien est que nous partageons une « philosophie » de la *dialogie* analogue, au sens d'Edgar Morin, qui pousse vers les antagonismes envisagés comme complémentarité indissociable de tout mouvement de réflexivité. C'est donc une façon de discourir et de réfléchir et non un procédé stylistique, une « clinique-dialogique » à l'œuvre, qui envoie naturellement la discussion vers ces « autres côtés » qui constituent l'incontournable face invisible ou ombrée de tout ce qui est à un moment mis en lumière. Le préfixe « anti » est naturellement venu à Éric Milet quand il a qualifié d'antiracontage sa manière d'associer des photographies à un court texte non narratif. Les regardant, j'y ai trouvé le même effet qu'au classique récit de vie, sans qu'il n'en ait rien *raconté*, au sens de Paul Ricœur. Nous avons alors adopté, faute de mieux, ce préfixe pour qualifier cette pratique, que nous avons associée, par la suite, à une proposition connexe d'antirésilience, à savoir une résilience échappant aux

Note

1. Voir note de lecture de Claude Tapia, rubrique Lire, *Journal des psychologues, 256* : 79.

définitions habituelles proposées par Boris Cyrulnik. Certes, ce préfixe « anti » n'est pas vraiment adapté, car sujet à des contresens, du fait des connotations de ce terme renvoyant aussi à des contradictions. Mais, ici cette adjonction ne signifie pas d'aller vers des contraires ni vers des tentatives d'annulation des concepts déjà construits dont ces expressions prendraient le contrepied : il s'agit bien d'évoquer une « autre façon » de raconter ou de résilier, et qui ne s'opposent pas aux définitions classiques. Aussi, et pour éviter ce contresens, nous n'avons pas repris ces néologismes en sous-titre. L'opposé de la résilience était déjà nommé, c'est la « désilience » (Jean-Pierre Pourtois notamment). En revanche l'incapacité de récit, une simple juxtaposition de mots non articulés ni articulables, n'est pas le mutisme. Dans l'immédiat, je ne trouve pas de vocabulaire pour évoquer cette situation que, dans ma pratique, j'ai trouvée chez des personnes que j'ai dites « scordaturées », ce mot d'origine italienne utilisé en musique pour évoquer des morceaux où l'on décale l'accord entre les sons joués et les notes écrites. Parfois, le récit est rendu impossible pour certains quand, à leur vécu, ont été imposés des mots (parfois mensongers ou détournés), qui ne lui correspondaient pas (Lani-Bayle, 1999, 2006, 2007). Ce qui n'est pas le cas de ce que nous avons défini dans cet ouvrage comme « antiracontage » (le processus) et « antirécit » (le produit). Ceux-ci constituent bien une forme de récit. Mais un récit autre, un récit autrement. N'obéissant pas aux mêmes règles que les récits standard. Des formes de récit où le temps convoqué est celui qu'il fait au sens météorologique du moment et non celui qui nous fait, au sens de la temporalisation. Le procédé de mise en antirécit n'est ainsi pas construit d'une mise en abyme verticale vers les profondeurs passées, mais d'une circulation horizontale spatiale. L'antirécit s'inscrit en se faisant, en marchant. Sur le sol qui en portera trace.



Et comme la mise en récit est considérée comme vectrice et-ou révélatrice de résilience, nous avons proposé, en écho à l'antirécit, le concept d'« antirésilience », dans le sens évoqué plus haut. Même si les deux ne sont pas nécessairement liés.

C. T. : La deuxième partie du même ouvrage, là où les références et allégeances à Boris Cyrulnik sont les plus nombreuses, reçoit le titre sibyllin de « pensée composée ou lumière noire », laissant de prime abord au lecteur le soin d'en décider *a priori* le sens. Chemin faisant, vous utilisez des citations du genre « *pour être habitable le monde doit être mis en scène avec des mots* », formule intéressante donnant à penser que les mots tiendraient à distance la brutalité et la barbarie muette... pour aussitôt les dénoncer en déclarant que « *les mots peuvent tout autant rendre le monde inhabitable* », poursuivant ainsi le travail de sape des logiques linéaires, pour avancer en spirale vers la pensée de Boris Cyrulnik et son concept de résilience auquel vous apportez des nuances à préciser.

M. L.-B. : Une pensée inédite met toujours du temps à se constituer et à « prendre ». Il est sûr que nous débouchons, des suites de cet échange insolite, vers des formulations et conceptualisations inhabituelles, des métaphorisations venues d'un autre monde que celui auquel nous sommes plus coutumiers en sciences humaines. Et cela peut surprendre, en effet. Le fait d'avoir brassé mots et images à partir de domaines expérientiels et réflexifs différents a accentué certainement cette impression.

J'ai utilisé, pour illustrer ces réflexions en construction dans leurs aspects ambivalents, quelques phrases →

→ clés en exergue, dont celle que vous relevez. Elle est du psychanalyste et juriste Pierre Legendre, inscrit donc en soi dans une interdisciplinarité. Sa phrase illustre bien cette réflexion biface, car elle apparaît tantôt parfaitement juste – ce qui est conforme à l'objectif principal des réflexions en histoires de vie en formation ; tantôt, si on décale le point de vue vers les horizons des extrêmes, cette assertion se retourne et devient fausse. En effet, la mise en scène du monde avec des mots, dans les dérapages insensés les plus violents et inavouables de ce qui a pu se produire du fait des hommes, peut tout autant le rendre carrément, voire violemment, inhabitable ! Il n'est que de penser aux grandes exactions commises au siècle précédent pour s'en convaincre – et ce n'est pas limitatif...

L'idée de « pensée composée », pour titrer et tester cette démarche réflexive, m'a été inspirée par la notion de « passé composé », qui traduit grammaticalement le temps avec une idée de métissage et de distanciation qui n'est pas incluse dans le temps dit « imparfait ». J'ai alors croisé cette évocation avec une association dans le domaine des images où existe quelque chose qui évoque l'oxymore « lumière noire ». Il s'agit de cette lumière dite « inactinique », à savoir inactive, qui permettait aux photographes de l'époque argentique de développer leurs pellicules avec un éclairage particulier qui n'altérait pas l'exposition à laquelle elles avaient été soumises et permettait la « révélation », dans les bains adéquats de « développement », de l'image encore imperceptible à laquelle elles avaient été exposées. En effet, une lumière trop brutale peut effacer l'impression du monde, ou rendre aveugle. Comme Œdipe. Or, la lumière est utilisée comme métaphore de la Connaissance et l'obscurité celle de l'Ignorance (voir le « mythe de la caverne »). Il convient donc d'éclairer suffisamment pour révéler en laissant le « développement » s'opérer, mais sans l'effacer irrémédiablement. Tel est le sens que j'ai glissé dans cette expression de « lumière noire », gage de la révélation possible d'une pensée composée – donc féconde, car « contradictorielle », croisant des différences.

Le concept d'antirésilience s'est construit sur de telles bases, mais en se référant aux définitions du terme de résilience tirées non de la physique mécanique comme l'a fait Boris Cyrulnik, mais de l'exemple vital de la biologie végétale où il est utilisé aussi, comme me l'a appris Éric Milet. En effet dans le désert, les plantes doivent *de facto* être résilientes pour vivre, les conditions y étant extrêmes pour elles de façon chronique. Mais elles le sont de deux manières : il y a les « cryptophytes » sédentaires, qui restent attachées au lieu de leur pousse et de leurs ancêtres. Elles vont chercher, pour leurs ressources de vie, l'eau invisible des nappes phréatiques qu'elles devront puiser tout au fond, dans le passé, au bout d'une racine qui s'allonge vers le bas. En cas de pénurie, leur résilience peut venir de l'environnement qui apportera la goutte salvatrice et pourra placer un « tuteur » pour remettre d'aplomb la plante asséchée et écrasée de soleil, avant qu'elle ne puisse à nouveau tenir debout seule. Mais il y a aussi des plantes « éphémérophytes » sans racines, qui se transportent au gré des vents et revivent, dès que la météo du présent apporte un soupçon d'humidité : nomades, elles ne se déplacent donc pas dans le temps, mais dans l'espace, ne peuvent être tutorées, et portent leur propre ressource en elles-mêmes (métaphore du dromadaire), pour être utilisées en fonction des conditions extérieures. Cette forme m'est apparue complémentaire à celle définie par Boris Cyrulnik, tout en éclairant certaines situations que j'avais rencontrées dans ma pratique et qui ne répondaient pas aux définitions et conditions classiques de la résilience : car sans repérages de conditions précoces favorables sécures ni de tuteur de développement externe. C'est sans aucun doute rare, mais mérite à mon sens d'être étudié – pour le moment, ce sont des hypothèses que je propose –, autour de cette forme de « résilience autrement ».

Les antiraconteurs n'ont pas attendu d'être nommés, pas plus que les antirésilients, pour mettre en exercice cette nécessité vitale pour eux. Ces deux formes de récit et de résilience se mêlent, créant des dominantes diversifiant les réactivités des personnes et, pour chacune, des relais différenciés au fil des événements et périodes de la vie : il est des raconteurs de nature, des sédentaires qui se cherchent et se nourrissent du temps qui passe à la recherche, là où ils sont, de subsistance dans le passé. Il est aussi des antiraconteurs nomades, qui se cherchent et se nourrissent du temps qu'il fait, se déplaçant dans l'espace plutôt que dans le temps pour trouver leur subsistance là où elle est. Si les premiers sont en majorité

Bibliographie

Durand G., 1993, *Structures anthropologiques de l'imaginaire : introduction à l'archétypologie générale*, Paris, Dunod.

Lani-Bayle M., 1999, *L'Enfant et son histoire*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Lani-Bayle M., 2006, *Taire et transmettre. Les histoires de vie au risque de l'impensable*, Lyon, Chronique sociale.

Lani-Bayle M., 2007, *Les Secrets de famille*, Paris, Odile Jacob.

Lani-Bayle M. et Tapia C., 2010, « Estime de soi et formation », *Le Journal des psychologues*, *281* : 57.

Lani-Bayle M., Pineau G., Schmutz-Brun C. (sous la direction), 2011, *Histoires de nuits au cours de la vie*, Paris, L'Harmattan.

Lani-Bayle M. et Milet É., 2012, *Traces de vie. De l'autre côté du récit et de la résilience*, Lyon, Chronique sociale.

potentiellement résilients (et femmes), les seconds (à dominante masculine), qui se déplacent, sont plutôt antirésilients, portant, tels les dromadaires, les ressources nécessaires en cas de pénurie en « réserve[2] » sur leur dos.

Les époques et la culture modifient ce rapport entre ces quatre possibilités : le récit et sa transmission orale et-ou écrite, banalisés, hyperaccessibles et ployant sous leur nombre, perdent maintenant de leur nécessité ; et les moyens techniques permettent de se saisir d'autres formes. Facebook par exemple, tellement utilisé maintenant et dès le plus jeune âge, ne constitue-t-il pas une forme d'antiracontage, posant là et diffusant une image associée à quelques lignes, puis une autre et une autre, comme on marche sur le sol un pas après l'autre ?

C. T. : Abordons à présent le second ouvrage, *Histoires de nuits au cours de la vie*, (Lani-Bayle 2012), publié presque en même temps que le premier, dont la préface d'André de Peretti, joyeusement émaillée d'images et de références poétiques, de citations philosophiques, de confessions intimes…, assure et garantit le lien, la continuité entre les deux ouvrages. Dans les premières pages de votre préambule, vous annoncez et caractérisez le projet collectif consistant en un questionnement autour de l'hypothèse d'une relation entre la qualité de la vie, la qualité de la nuit et la qualité de formation et d'apprentissage de jour. Cette idée de la fonctionnalité de l'insomnie, des vagabondages, divagations et autres productions nocturnes par rapport à des finalités autoformatrices, est intéressante, il est dommage qu'elle n'ait pas été plus élaborée. Peut-elle sortir du champ de la poésie, de la littérature (qui a plus souvent exploité les terreurs et les cauchemars que les effets bienfaisants de la nuit), des intuitions à visée autoréalisatrices, pour s'inscrire dans des recherches programmées en sciences de l'éducation ?

M. L.-B. : J'apprécie que vous liiez les deux aventures. L'idée d'un ouvrage abordant cette question a surgi en moi d'une double lecture croisée avec mes expériences. D'abord les textes de Gilbert Durand sur les *Structures anthropologiques de l'imaginaire* (Durand, 1993), relayés par Gaston Pineau, faisant ressortir l'idée d'une « dimension nocturne de la formation ». Je me suis demandée s'il s'agissait d'une simple métaphore, séduisante pour avancer dans la compréhension du processus de formation dans toutes ses dimensions – dont temporelle –, ou s'il y avait, derrière, une réalité très particulière d'une formation qui associerait vraiment son effectivité aux rythmes et heures de la vie. Ensuite, le texte qu'une collègue polonaise me proposait à publication et qui évoquait la façon dont les personnes âgées utilisaient différemment le temps de nuit pour apprendre, encore et autrement que le jour. Ce fut la goutte d'eau qui me conduisit – après avoir lancé l'idée de la recherche sur les « histoires de mort dans nos vies » que nous avons travaillée avec Gaston Pineau et Catherine Schmutz-Brun (Lani-Bayle, Pineau, Schmutz-Brun, 2011) – à décider de ne pas nous arrêter en chemin et d'embrayer sur une étude de nos histoires de nuits, en lien avec nos apprentissages et notre formation.

Comme la thématique n'avait pas encore été abordée sous une telle entrée, en tout cas dans le domaine des histoires de vie en formation, nous avons lancé un appel à contribution et, de fait, constitué l'ouvrage avec ce que nous avons reçu, sans l'orienter dans telle ou telle direction puisque tout était à construire. Nous avons pris ce qui nous est arrivé sans « commande » particulière, sauf celle de croiser des textes à dominante réflexive avec des textes expérientiels, collectés dans les différentes tranches d'âge et donnant corps et vie à la réflexion qui pouvait, dès lors, s'y adosser. Différentes entrées se croisent donc spontanément selon les retours que nous avons eus et le thème, effectivement, les convoque assez naturellement vers la littérature ou la poésie. Charge à ceux que cette lancée réflexive pourrait intéresser de poursuivre sur ces bases de façon plus classiquement programmative, s'ils en éprouvaient le besoin et-ou l'intérêt.

Les insomniaques font de bons chercheurs.

Car un certain nombre de remarques s'échappent toutes seules d'une première lecture. Par exemple, j'ai pris conscience que les adultes se remettant, à un moment de leur vie, dans des parcours institués ou non de formation, ou que les étudiants s'engageant précocement dans des parcours d'études longues et jusqu'au doctorat, pouvaient, plus que des tout-venants aux troubles passagers ou occasionnels, avoir un rapport extrême au sommeil et au temps de sommeil avec, parfois, de véritables pathologies chroniques. Les insomniaques font de bons chercheurs : la nuit serait donc propice, alliée des parcours d'études. D'où l'importance de réhabiliter les temps de nuit, et leur usage possible en formation. Même, par exemple, en maisons de retraite. Vaste sujet… D'où l'importance d'aller plus loin que la phrase souvent proférée à ceux devant passer des examens : « *Dors bien, ça fixe la mémoire, tu seras plus reposé lors de l'épreuve.* » C'est à voir.

Au contraire, en Corée du Sud, par exemple, un lycéen ou un étudiant qui dort beaucoup ou simplement normalement est considéré comme ne travaillant pas. Ils usent de la nuit pour se distraire, certes, mais aussi →

Note

2. Je pense mettre prochainement à l'étude cette notion qui nous différencie les uns des autres.

pour réviser – les universités sont ouvertes sans interruption vingt-quatre heures sur vingt-quatre et disposent de couchettes en cas de coup de barre. Mais leur sommeil estimé normal et suffisant est au maximum de trois à cinq heures par nuit ; au-delà, leur entourage s'inquiète, les suspectant de ne pas préparer leurs examens. Habitude culturelle, constitution différente ? En tout cas, leur niveau est estimé excellent ; pour eux au moins, ce régime nocturne fait montre de son efficacité.
Si cela paraît utopique chez nous, une prise en compte des heures nocturnes avec leur rapport à la formation modifié – la fatigue détendant les résistances ou obstacles habituels aux apprentissages, les sensorialités étant moins sollicitées et plus ouvertes aux modifications internes et donc à tous les aspects en autoapprentissage, autoformation, etc. –, ces divers constats pourraient ouvrir des champs encore insoupçonnés, en tout cas grandement absents de notre réflexion pédagogique ou éducative. Quant à dire que cela pourrait être programmable ou prévisible, c'est une autre histoire.

C.T. : L'énoncé « *Nuits agonistiques* » (dans le chapitre 3) introduit de la complexité à la problématique de la fonctionnalité de la vie nocturne, en termes de gestation, de germination, de libération de virtualités multiples, dans l'économie générale de l'existence individuelle. Je crois que Gaston Pineau a raison, dans ce texte, d'aller chercher du côté des frontières du nocturne et du diurne, des entrelacements des pulsions de vie et de mort, des confrontations avec l'obscurité entraînant des remaniements et recompositions infrapsychologiques, enfin du face-à-face avec la solitude… pour tenter de déchiffrer les sens (et non-sens) profonds et pluriels du nocturne et proposer une initiation bio-cognitive aux flux impalpables de la nuit. Plus concrètement, il invite à s'engager à travers l'élucidation des expériences nocturnes les plus opaques, à une « auto-éco-formation » nocturne, extension, me semble-t-il, des autres formes de formation sur lesquelles nous nous sommes déjà entretenus dans le cadre du *Journal des psychologues* (Lani-Bayle et Tapia, 2008).

M. L.-B. : Effectivement, et c'est bien là que l'on voit l'avance que Gaston Pineau avait prise sur l'étude de ce thème et ce que sa réflexion globalisante peut apporter en termes de compréhension de remarques plus empiriques, comme certains exemples que j'ai pu rapidement donner plus haut. En tout cas, il y a ici un vaste sujet d'étude à continuer d'explorer, sujet que j'ose qualifier de « sociétal », dont l'importance en tout cas est majeure en raison de la non-prise en compte générale de ce lien entre nuit et formation-apprentissage, qui peut aboutir, parfois, à des non-sens pratiques, prompts à s'avérer parfaitement dommageables.
Cet ouvrage propose un tour d'horizon qui n'est ni exhaustif ni à prétention représentatif. Tous les secteurs inventoriables n'y sont sans doute pas répertoriés. Les nuits ordinaires y côtoient les extrêmes, les paisibles, les plus redoutées ou redoutables, les blanches rejoignent les noires. Mais il montre combien cette période qui nous échappe et souvent nous résiste gagnerait à être mieux connue, voire exploitée comme source de créativité et même d'apprentissage, d'autoformation, d'écriture : la nuit, les frontières se relâchent et seul le proche est perceptible.

Réhabiliter la nuit comme temps de vie au même titre que le jour.

Réhabiliter la nuit comme temps de vie au même titre que le jour, voici une perspective qui ne pourra manquer de faire apparaître une exigence de « qualité de vie » de la nuit. Par exemple, on l'a vu en maison de retraite ou dans les hôpitaux quand l'extinction des feux se fait de bonne heure après un dîner précoce, alors que ce sont des moments où le sommeil souvent s'échappe et les angoisses autant que l'ennui montent. Le confort comme le repos du personnel accompagnant ou le personnel de soin sont évidemment à prendre en compte quand le cadre est institutionnel. Il ne faudrait pas pour autant négliger cette modification avec l'âge, notamment, du rythme de ces vingt-quatre heures qui composent notre quotidien, et qui font que plus la journée est inoccupée et somnolente, plus la nuit se fera agitée, si rien n'est fait pour en exploiter les potentialités alors dormantes quand nous nous agitons… et d'accroître les médications censées aider à conquérir un sommeil qui s'absente.

C. T. : Le titre d'un des chapitres, rédigé par Catherine Schmutz-Brun (qui a également coordonné l'ouvrage), « La nuit comme un ailleurs où se rejoignent les vivants et les morts » s'inscrit dans la même problématique, mais ajoute l'idée, difficile à explorer, d'une fonction particulière de la nuit, celle de faire resurgir des moments vécus, s'isolant des strates profondes de la mémoire pour se convertir en matériau de questionnement sur « l'au-delà de la vie ». Cela représente, suggère l'auteure, une contribution significative, mais périlleuse et incertaine, au travail de mise en sens (et parfois en non-sens) de l'inconscient, ouvrant la porte à des espaces de compréhension et d'interprétation. Dans un autre chapitre « Couleurs et usages de la nuit », Catherine Schmutz-Brun revient, dans un commentaire du film de Cyril Collard *Les Nuits fauves* (réalisé dans l'étape ultime de l'épuisement lié au sida), sur l'étrange entremêlement des

représentations de l'obscur, du nocturne, de la mort..., traversé de sursauts de vie convertis en réalisations artistiques (Lani-Bayle, Pineau, Schmutz-Brun, 2011). Avec ces réflexions, ne sommes-nous pas de plain-pied dans l'univers analytique ? N'aurait-il pas fallu aller au-delà de traits impressionnistes pour formaliser ou essayer d'établir des jonctions avec, par exemple, les travaux menés autour de la notion et de la pratique du « rêve éveillé » considéré par certains comme des espaces-temps propices à l'auto-formation et à l'autodéveloppement ? Il me semble qu'on peut considérer l'ensemble de l'ouvrage comme un traité de la bonne utilisation des insomnies, des terreurs nocturnes, des ruminations insensées de la nuit.

M. L.-B. : Pour ma part, l'univers impressionniste me va assez bien dans les occupations de recherche réflexive, s'il n'exclut pas l'analyse version psychanalyse, bien sûr. Mais une écoute dialogique est propice à faire apparaître d'autres modalités compréhensives. Et de la rapprocher de la plus grande énigme qu'est la mort, à laquelle nous avons consacré notre précédente aventure de recherche questionnante avec Gaston Pineau et Catherine Schmutz-Brun, comme cela a été évoqué plus haut.
En revanche, en effet, nous n'avons pas reçu d'écho, dans cette première quête, de personnes travaillant le « rêve éveillé » dirigé ou non : voilà qui pourrait être intéressant, une belle jonction possible entre les deux mondes que nous avons mis en question. L'affaire reste à suivre ! Peut-être un autre tome ?
Quoi qu'il en soit, travailler à la pédagogie d'une « bonne » utilisation des insomnies et autres avatars du temps de la nuit – je ne sais s'il s'agit de l'envisager ainsi à l'issue de cette recherche, mais une reconnaissance d'effets possibles et particuliers de ces périodes nocturnes, qui couvrent au moins un tiers de notre temps de vie, et dont le sommeil ne contient pas tout l'idéal à atteindre – paraît un objectif utile à mettre en question par un travail multidisciplinaire de recherche. Tout comme une prise en compte en (auto)formation. L'interdisciplinarité la plus large est d'emblée convoquée par une telle problématique, autant qu'un croisement de points de vue entre usagers (que nous sommes tous...), professionnels et scientifiques de tous bords. L'histoire reste à suivre tout en l'inventant à mesure !
Cette parution, à peu près au même moment que les *Traces de vie*, n'est en tout cas pas, comme vous le remarquez, innocente. Avec, comme point commun, une démarche de dialogue, ces deux chantiers font apparaître des « autres côtés » que nos certitudes du jour nous masquent. C'est dans le désert que la nuit est la plus profonde et sans repères terrestres proches et que s'ouvre l'immense champ de tous les possibles pour qui sait saisir au vol la lueur infime qui l'éclairera.

Le dépistage systématique des violences conjugales

Enquête préliminaire visant à la mise en place d'un dépistage systématique au CHU de Nancy


Cindy Morel
Psychologue clinicienne


Laurent Martrille,
Chef du service de médecine légale

Conseiller les femmes victimes de violence conjugale, les orienter vers les professionnels susceptibles de les aider, suppose de les connaître, ou plutôt qu'elles se fassent connaître. Difficile projet quand on sait leur difficulté à parler.
Regard sur une enquête réalisée en maternité et au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy.

La violence conjugale est un système de relation dans lequel un des deux partenaires ou ex-partenaires utilise la peur, l'intimidation, l'humiliation, les coups, le contrôle du temps ou de l'argent ou tout autre moyen pour dominer l'autre[1]. Elle porte atteinte à la dignité, à l'intégrité et à la sécurité de la victime. En général, on distingue les violences verbales et psychologiques, les violences économiques, les violences physiques et les violences sexuelles. Bien que la violence conjugale puisse concerner à la fois les hommes et les femmes, nous nous consacrerons ici, exclusivement, à la violence faite aux femmes. Une partie de notre enquête a été faite à la maternité où les patientes sont exclusivement des femmes, l'autre partie s'est déroulée au service d'accueil des urgences, (SAU), mais nous avons souhaité garder le même protocole afin de pouvoir confronter les résultats obtenus. Par ailleurs, nous basons notre travail sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) portant sur la violence faite aux femmes[2].

La violence conjugale se met en place de manière insidieuse, souvent sous une forme cyclique de quatre phases, qui se répètent et s'accentuent au fil du temps. La femme fait face à une première phase de tension caractérisée par des disputes et une violence exprimée de manière indirecte, à travers des attitudes, des mimiques, le timbre de la voix... la victime étant tenue pour responsable de ce qui ne va pas. Puis intervient une seconde phase, un passage à l'acte provoquant un sentiment de tristesse et d'impuissance chez l'épouse ou la conjointe. Lors de la troisième phase, le conjoint violent minimise son comportement et s'excuse. La femme se sent alors responsable des violences, elle culpabilise et s'imagine que, si elle change, les violences cesseront. Enfin survient une dernière phase de réconciliation appelée aussi « lune de miel » pendant laquelle le conjoint violent regrette et adopte une attitude agréable et prévenante. La victime croit alors à un changement possible (Hirigoyen, 2005).

Dans la dernière enquête nationale (Jaspard *et al.*, 2001) 10 % des femmes en couple entre 20 ans et 59 ans ont rapporté des faits de violence conjugale intervenus dans les douze mois précédants l'enquête. Par ailleurs, une étude sur les morts violentes au sein du couple[3] montre qu'en 2009 cent quarante femmes sont mortes victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie. En moyenne, une femme meurt tous les deux jours et demi sous les coups de son partenaire, ce qui monte le taux de mort violente dans le couple à 20,5 % des faits d'homicide commis en France.

La violence conjugale a une incidence traumatique majeure sur la santé des femmes (Henrion, 2001), aussi bien au plan somatique (lésions observables) que gynécologique (douleur pelvienne chronique...) ou obstétrique (mort fœtale *in utero*...). Cette violence a un impact sur la santé mentale des femmes avec des manifestations émotionnelles anxio-dépressives plus ou moins graves (troubles du sommeil, de l'alimentation, troubles thymiques avec idées noires). Elles présentent souvent tous les signes d'un syndrome de stress post-traumatique. On observe d'ailleurs, parmi ces femmes, un taux de tentative de suicide cinq fois plus élevé que dans la population générale. De ces constats, il ressort qu'un dépistage s'impose et pourrait représenter un véritable outil

Ce travail a été réalisé avec le concours de :
Célia Atain Kouadio Zaffaroni, psychologue clinicienne
Frédérique Guillet-May, gynécologue obstétricienne
Philippe Atain Kouadio, médecin urgentiste
Nathalie Thilly, statisticienne
Martine Batt, maître de conférences

de prévention médico-psycho-sociale (Deslespine, 2010). Du fait de sa position d'interlocuteur privilégié, le médecin peut et doit jouer un rôle central dans cette entreprise de prévention. Après avoir décelé un tel problème, il pourra non seulement soigner, mais également organiser un réseau d'aide autour de la femme en souffrance. Il la dirigera vers des associations d'aide aux victimes, vers des assistants sociaux et des juristes pour qu'elle puisse effectuer les démarches susceptibles de l'aider à sortir de l'emprise de son agresseur ; il pourra l'orienter aussi vers un psychologue ou un psychiatre qui lui offrira une écoute, évaluera les retentissements causés par les faits et pourra proposer une thérapie.

Afin d'apporter une réponse aux difficultés soulevées par cette problématique encore sous-estimée, un groupe de travail a été créé au Centre hospitalier universitaire de Nancy. Ce groupe se voulait pluridisciplinaire afin de réunir les compétences de médecins gynécologues, médecins urgentistes, médecins psychiatres et médecins légistes, mais aussi de psychologues, assistants sociaux, cadres infirmiers et de la déléguée au droit des femmes et à l'égalité rattachée à la préfecture. Le premier objectif de ce groupe de travail consistait à dépister systématiquement les femmes confrontées à cette situation, ou l'ayant été. Une enquête préliminaire a ainsi été réalisée au service d'accueil des urgences (SAU) du CHU de Nancy. La probabilité d'y rencontrer des femmes victimes d'agressions conjugales y était suffisamment importante pour en faire un lieu d'investigation prioritaire. La même enquête a été menée à la maternité régionale, car la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant les violences conjugales (Cherniak, 2005 ; Henrion, 2001). Celles-ci ont non seulement des conséquences néfastes sur les femmes, mais également sur l'enfant à naître, et ce, dès le stade prénatal. Il semblait donc important d'inclure dans l'étude un repérage systématique chez les futures parturientes. Ce faisant, nous nous inscrivions dans une démarche préconisée par la Haute autorité de santé qui recommande de repérer les facteurs de vulnérabilité susceptibles de compromettre la santé du futur enfant, voire de nuire à sa protection et à sa sécurité.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude a été réalisée de mars à juillet 2011.

Dans un premier temps, une étude rétrospective des dossiers des patientes a été effectuée afin de voir si, dans les pratiques professionnelles, les recommandations de la HAS existaient déjà. Au SAU, l'étude a porté sur 365 dossiers de patientes tout-venant ayant été prises en charge entre le 24 et le 30 janvier 2011.

À la maternité, l'étude a porté sur les dossiers de patientes ayant accouché entre le 24 et le 30 janvier 2011, soit 80 dossiers.

Dans un deuxième temps, après avoir réalisé une revue de la littérature consacrée aux différents outils utilisés pour le dépistage des violences conjugales (Brown, 2001 ; Feldhaus, 1997 ; Gendron, 1994 ; Mc Caughry, 1994 ; Mc Farlane, 1992 ; Murray, 1979 ; Paranjape, 2006 ; Sherin, 1998 ; Smith, 1995), un questionnaire spécifique a été construit afin d'obtenir un état des lieux de la prévalence des violences conjugales chez les femmes venant consulter au SAU et à la maternité régionale de Nancy, puis de le comparer aux chiffres de la littérature. Il permettait également d'évaluer la faisabilité d'un dépistage systématique en matière de disponibilité des professionnels et d'explorer l'impact psychologique sur les patientes du SAU et de la maternité.

Le questionnaire prenait en compte tous les types de violence. Les femmes étaient interrogées sur les thèmes suivants : le sentiment d'insécurité, de dévalorisation, les insultes, les humiliations, le contrôle de leurs déplacements, les activités, l'isolement social, la privation de l'argent du foyer, le sentiment de peur, la violence physique, la violence sexuelle, la violence subie durant l'enfance ou l'adolescence. Les femmes étaient tout d'abord questionnées sur les violences potentiellement subies au cours de leur vie, sans les situer dans le temps, puis il s'avéra nécessaire de distinguer les violences subies au cours de leur relation actuelle de celles rencontrées au cours d'une relation passée. Il était, en outre, demandé aux femmes de se prononcer sur l'utilité d'interroger systématiquement toutes les patientes.

Après leur avoir donné une formation équivalente, l'enquête a été réalisée par une enquêtrice (stagiaire en master éthique de la santé et médecine légale) et des étudiants en médecine (externes). Le consentement des patientes était demandé et l'anonymat leur était garanti. Les personnes étaient toujours interrogées quand elles étaient seules.

Étaient exclues de l'enquête :

• les mineures ;

• les patientes ne parlant pas le français ;

• les patientes souffrant de douleurs aiguës ou présentant une aggravation d'un état de santé obligeant à interrompre le questionnaire ;

→

Note

1. François I., 2006, « Légitimité d'une intervention médicale dans la vie privée d'une personne victime de violences conjugales. La violence conjugale est-elle un objet médical ? » Thèse pour le doctorat d'université en éthique médicale, Paris, université Paris-V René-Descartes.

2. Haute autorité de santé (HAS), novembre 2005, « Préparation à la naissance et à la parentalité », Recommandations professionnelles.

3. Ministère de l'Intérieur, 2009, Délégation aux victimes, « Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple ».

• les patientes présentant un trouble cognitif persistant au cours du séjour dans le service (ivresse aiguë…).
Grâce aux données collectées par le questionnaire, des statistiques descriptives ainsi que des statistiques croisées ont été réalisées par le service de santé publique.

	SAU	Maternité		
	Oui	Oui	Relation actuelle	Relation ancienne
Sentiment d'insécurité	27,8 % (15)	16,4 % (26)	3,2 % (5)	13,2 % (21)
Dévalorisation	38,9 % (21)	25,8 % (41)	5,7 % (9)	20,1 % (32)
Insultes/humiliations	38,9 % (21)	23,3 % (37)	5,7 % (9)	17,6 % (28)
Contrôle des activités, des déplacements	31,5 % (17)	21,4 % (34)	5,1 % (8)	16,3 % (26)
Isolement social	20,4 % (11)	15,7 % (25)	2,5 % (4)	13,2 % (21)
Violence économique	11,1 % (6)	5,0 % (8)	0,6 % (1)	4,4 % (7)
Sentiment de peur	27,8 % (15)	18,2 % (29)	5,7 % (9)	12,6 % (20)
Violence physique	31,5 % (17)	16,4 % (26)	4,4 % (7)	12,0 % (19)
Violence sexuelle	1,9 % (1)	4,4 % (7)	0,6 % (1)	3,8 % (6)
Violence durant l'enfance, l'adolescence	24,07 % (13)	15,1 % (24)		
Utilité d'interroger les femmes au sujet des violences conjugales	96,2 % (50)	96,2 % (153)		

***Tableau 1 :** pourcentage de réponses positives au questionnaire en fonction du thème abordé et du lieu d'investigation.*

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Étude rétrospective

Sur les 365 dossiers du SAU, seuls six cas de violences conjugales ont été rapportés.
Concernant la maternité, nous avons revu l'intégralité du suivi de la grossesse des femmes. Sur 80 dossiers, seuls sept montrent qu'un entretien du quatrième mois a été réalisé [4]. Bon nombre de dossiers comportaient pourtant une fiche dédiée à cet entretien, restée vierge la plupart du temps.

Enquête préliminaire

Au SAU, 54 femmes ont été interrogées. La population des femmes consultant aux urgences était plutôt âgée ; leur moyenne d'âge était de 49,7 ans ; 41 % des femmes questionnées avaient plus de 50 ans.
À la maternité, 159 personnes ont été interrogées. Les femmes consultant à la maternité étaient plus jeunes qu'au SAU ; elles avaient en moyenne 31,9 ans *(voir tableau 1)*.
Était considérée comme subissant de la violence conjugale une femme qui répondait de manière positive à au moins deux items portant spécifiquement sur une violence psychologique : sentiment d'insécurité, de peur, violence verbale, contrôle du conjoint sur les sorties ou les fréquentations, violence économique. Elle était également considérée comme victime de violence conjugale si elle répondait de manière positive à la question portant sur une violence physique ou sexuelle. Cela donne l'ensemble des résultats suivants :

	SAU	Maternité Relation passée/ relation actuelle
% de femmes ayant déjà subi des violences conjugales	38,9 % (21)	20,1 % / 6,3 % (32 / 10)
DONT		
Violence psychologique seule	19 % (4)	28,6 % / 7,1 % (12 / 3)
Violence physique seule	4,8 % (1)	
Violence psychologique + physique	71,4% (15)	33,3 % / 14,3 % (14 / 6)
Violence psychologique + sexuelle		- / 2,4 % (- / 1)
Violence psychologique + physique + sexuelle	4,8% (1)	14,3 % / - (6 / -)

***Tableau 2 :** taux de violence conjugale en fonction du type de violence et du lieu d'investigation. À la maternité, nous avons distingué les violences passées des violences subies dans le moment de l'enquête.*

Au SAU, parmi les femmes qui avaient révélé avoir déjà subi des violences conjugales au cours de leur vie, 18 % déclaraient avoir été victimes de violence durant l'enfance ou l'adolescence alors qu'elles n'étaient que 5,5 % à avoir subi ces violences lorsqu'elles n'avaient pas été victimes de violence conjugale. À la maternité,

Note

4. Mis en place en 2006, l'entretien du quatrième mois de grossesse se déroule avec la femme ou avec le couple et une sage-femme. Il est destiné à repérer les facteurs de vulnérabilité susceptibles de compromettre la santé de l'enfant. Il sert à engager la femme ou le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation.

20 % des femmes confrontées à des violences conjugales avaient également subi des violences durant l'enfance et l'adolescence alors que seulement 6 % des femmes non confrontées à des violences conjugales au cours de leur vie avaient subi des violences durant l'enfance et l'adolescence. Les résultats montrent que les femmes victimes de violence conjugale au sein de leur relation de couple actuelle sont jeunes, 70 % ont entre 20 ans et 30 ans *(Voir tableau 3)*.

	SAU		Maternité	
	Femmes ayant déjà été violentées	Femmes n'ayant jamais été violentées	Femmes ayant déjà été violentées	Femmes n'ayant jamais été violentées
Sans emploi	28,6 % (6)	6,5 % (2)	23,8 % (10)	12,8 % (15)
Artisan commerçant	0	3,2 % (1)	2,4 % (1)	2,6 % (3)
Cadre, profession intellectuelle	4,8 % (1)	3,2 % (1)	4,8 % (2)	12 % (14)
Ouvrier, employé	42,9 % (9)	32,3 % (10)	47,6 % (20)	33,3 % (39)
Enseignant	0	3,2 % (1)	0	8,5 % (10)
Profession médicale	0	0	2,4 % (1)	0,9 % (1)
Profession paramédicale	4,8 % (1)	12,9 % (4)	11,9 % (5)	19,7 % (23)
Mère au foyer, retraité	19 % (4)	29 % (9)	2,4 % (1)	5,9 % 7)
Étudiante	0	9,7 % (3)	4,8 % (2)	4,3 % (5)
Manquant		2		
	100 % (21)	100 % (31)	100 % (42)	100 % (117)

***Tableau 3 :** taux de femmes violentées ou non en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle.*

DISCUSSION

L'étude rétrospective des dossiers montre que les patientes du SAU et de la maternité n'avaient quasiment pas été questionnées au sujet des violences conjugales avant l'enquête, selon les recommandations de la HAS. Toutefois, il semblerait que des questions concernant la violence conjugale aient été parfois abordées de manière informelle par quelques médecins du SAU, sans que cela apparaisse dans le dossier médical, ce qui n'a pas permis d'assurer un suivi et une protection aux femmes potentiellement victimes de violence conjugale. Le faible taux de femmes dépistées à la maternité, et surtout au vu des fiches d'entretien du quatrième mois de grossesse complétées, montre que les recommandations de la HAS ont été très peu appliquées.

Notre étude exploratoire au sein de ces services d'accueil spécialisé révèle une forte prévalence de violence conjugale. Au SAU, près de 40 % des femmes interrogées avaient déjà subi des violences conjugales au cours de leur vie. À la maternité, 26 % des patientes questionnées avaient déclaré avoir déjà subi des violences conjugales. Pour plus de 6 % d'entre elles, ces violences étaient vécues au cours de leur relation actuelle. Cette prévalence est plus importante que ce qui est décrit dans la littérature. Le fait d'avoir questionné les femmes sur leur vie entière peut justifier en partie ces résultats. Ils restent néanmoins alarmants malgré la petite taille de notre échantillon.

Par ailleurs, on constate que la violence psychologique est présente dans presque toutes les situations de violence conjugale. Il s'agit d'une violence non visible, très difficile à prouver, mais dont l'impact est particulièrement néfaste. Au SAU, 43 % des femmes ayant révélé avoir été victimes de violence conjugale au cours de leur vie sont ouvrières ou employées et 29 % sont sans emploi, ce qui est conforme aux données de la littérature, qui indique que les violences conjugales touchent toutes les catégories socioprofessionnelles, mais avec une proportion plus élevée chez les femmes sans emploi, les ouvrières et les employées. Ce qui ne veut pas dire que la catégorie socio-professionnelle est un prédicateur des violences conjugales (Henrion, 2005).

À la maternité, toutes les catégories socioprofessionnelles semblent touchées également, avec une proportion plus importante d'ouvrières ou d'employées (48 %), et de personnes sans emploi (24 %). Les cadres et professions intellectuelles ne sont pas épargnées (5 %), les femmes exerçant une profession médicale (2,5 %) ou paramédicale (12 %) non plus.

Pour ce qui concerne la faisabilité d'un dépistage systématique, au SAU, nous avons constaté que les avis des externes étaient divergents. Si, pour certains, cette enquête a pu être compliquée en raison d'une charge de travail trop importante et d'un manque de disponibilité, d'autres, quant à eux, ont jugé cette expérience enrichissante et y ont trouvé un réel intérêt. À la maternité, les externes semblaient plus disponibles et sensibles au dépistage systématique. Pour ce qui est du vécu des patientes, de manière générale, le questionnaire a été plutôt bien accepté. Lorsque nous demandions aux femmes ce qu'elles pensaient de l'utilité du dépistage de la violence auprès de toutes les patientes, 96 % trouvaient cela utile.

→

→ Lorsque des faits de violences étaient révélés, nous distribuions systématiquement une plaquette du réseau d'aide, puis nous proposions un rendez-vous avec une assistante sociale ou un psychologue. À ce moment-là, nous privilégions une écoute bienveillante plutôt que d'ajouter de la violence à ces situations en contraignant les femmes victimes d'agressions conjugales à entreprendre des changements, sans prendre en considération ce qu'elles éprouvaient. En effet, plusieurs raisons peuvent être avancées pour justifier le fait que les femmes victimes de violence conjugale ont du mal à quitter leur conjoint : la peur des représailles, l'espoir d'un possible changement, la peur de briser le cercle familial… Et surtout la relation d'emprise exercée par le conjoint violent (Hirigoyen, 2005).
Néanmoins, la démarche du dépistage systématique pouvait être perçue comme intrusive. D'un point de vue éthique, nous pouvons nous demander ce qui peut légitimer l'exploration par un médecin de la vie d'un couple. La réponse tient au fait que les victimes de violences conjugales dévoilent peu spontanément ce qu'elles vivent, alors que des questions posées en confiance peuvent permettre une révélation. De plus, lorsqu'une femme a l'occasion de confier son vécu pénible, des solutions peuvent ensuite être envisagées avec elle.

EN CONCLUSION

Les études exploratoires menées ont montré une forte prévalence des violences conjugales aussi bien au SAU qu'à la maternité régionale, ce qui contraste fortement avec la faiblesse, voire l'absence, de dépistage mis en place par les soignants, et ce, malgré l'existence de recommandations. Par ailleurs, ces études ont démontré qu'un dépistage systématique est possible.
Néanmoins, un dépistage n'a de sens et d'intérêt que s'il permet un accompagnement et une prise en charge adaptée. Cela suppose une sensibilisation, voire une formation préalable des soignants qui leur permettrait d'accueillir de possibles révélations et d'offrir une écoute bienveillante. Le questionnaire/outil doit être un support, mais ne peut en aucun cas se substituer à la relation de soutien à mettre en place avec les patientes et le réseau d'aide.
De plus, même si le dépistage ne permet pas toujours la révélation de faits violents, le seul fait de parler des violences permet une prise de conscience du vécu de violence malgré sa minimalisation, sa banalisation, voire parfois son déni. À ce titre, l'acte de dépister doit être considéré comme un premier outil de suivi. Cela pose la problématique de la violence conjugale comme une réelle priorité de santé publique, et le dépistage systématique comme un enjeu majeur dans la prise en charge et le suivi des patientes. ◗

Bibliographie

Brown J. B., Schmidt G., Lent B., Sas G., Lemelin J., 2001, « Dépistage de la violence faite aux femmes, épreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français », *Le Médecin de famille canadien, 47* : 988-995.

Cherniak D. *et al.*, 2005, « Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime », Groupe de travail sur la violence exercée par le partenaire intime, directives cliniques, Ottawa, *Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 157* : 17.

Delespine M., 2010, « Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes », *Vocation sage-femme, 9(80)* : 18-22.

Feldhaus K. M., Koziol-McLain J., Amsbury H. L., Norton I. M., Lowenstein S. R., Abbott J. T., 1997, « Accuracy of Three Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department », *Journal of the American Medical Association, 277(17)* : 1357-61.

Gendron C., 1994, « Élaboration d'un questionnaire pour dépister les femmes victimes de violence conjugale », *in* Rinfret-Raynor M., Cantin S. (sous la direction de), *Violence conjugale. Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

Henrion R. (sous la direction de), 2001, « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé », Paris, *La Documentation française.*

Henrion R., 2005, « Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants », *Journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction, 34* : 62-67.

Hirigoyen M.-F., 2005, *Femmes sous emprise. Les ressorts de la violence dans le couple*, Paris, Oh ! éditions.

Jaspard M. *et al.*, 2001, « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », *Population et société, (365).*

McCaughry D., Cameron S., 1994, « Validation d'un outil de dépistage de la violence conjugale », *in* Rinfret-Raynor M., Cantin S., (sous la direction de), *Violence conjugale. Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

Mc Farlane J., Parker B., Soeken K., Bullock L., 1992, « Assessing for Abuse during Pregnancy : Severity and Frequency of Injuries and Associated Entry into Prenatal Care », *Journal of the American Medical Association, 267(23)* : 3176-3178.

Murray A. Straus, 1979, « Measuring Intrafamily Conflict and Violence : The Conflict Tactics (CT) Scales », *Journal of Marriage and Family, 41(1)* : 75-88.

Paranjape A., Rask K., Liebschutz J., 2006, « Utility of STaT for the Identification of Recent Intimate Partner Violence », *Journal of Medical Association, 98* : 1663-1669.

Sherin K. M., Sinacore J. M., Li X. Q., Zitter R. E., Shakil A., 1998, « HITS : a Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting », *Family Medecine, 30(7)* : 508-12.

Smith P. H., Tessaro I., Earp J. A., 1995, « Women's Experience with Battering : a Conceptualization from Qualitative Research », *Women's Health Issues, 5 (4).*

Le groupe de parole pour restaurer un collectif affecté par un événement traumatique


Monique Simond
Psychologue volontaire


Nathalie Prieto
Psychiatre, coordonnateur régional


Éric Cheucle
Psychologue permanent
CUMP, Samu hôpital Edouard Herriot

Comment permettre à un collectif (professionnel, sportif…) de retrouver le chemin de la cohésion et de retravailler ensemble, après avoir vécu un événement traumatique venu faire effraction dans leur équilibre institutionnel ? Les groupes de parole menés par les cellules d'urgence médico-psychologique peuvent être une alternative.

Un événement ponctuel tel qu'un accident, un incendie, un suicide, une agression touchant un collectif dans une institution quelle qu'elle soit (hôpital, entreprise, milieux éducatif, sportif…) peut avoir des répercussions particulièrement graves. Les troubles susceptibles de survenir parmi ces groupes éprouvés sont trop souvent exclusivement envisagés sous l'angle du traumatisme psychique individuel pour chaque sujet du groupe. En fait, en termes de psychopathologie traumatique, l'impact collectif reste méconnu (Prieto, Cheucle, Meylan, 2010). En effet, qu'en est-il de la réorganisation groupale après un événement par définition désorganisateur ? Indépendamment des troubles individuels susceptibles de se manifester, comment le groupe va-t-il pouvoir à nouveau travailler (étudier, s'entraîner…) ensemble ? Parfois, les dégâts sont tels qu'ils peuvent entraver le fonctionnement institutionnel de manière très durable (non-dits, boucs émissaires, clivages divers…), s'ajoutant ainsi à la possible souffrance traumatique de chaque sujet qui aura été plus ou moins directement confronté à l'événement.

PRATIQUES CLINIQUES

Depuis une quinzaine d'années maintenant, les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) du Samu susceptibles d'intervenir précocement après la survenue d'un événement potentiellement traumatique (Crocq, 1998) – qu'il soit de type catastrophe ou, plus souvent, de moins grande ampleur, ne touchant qu'un seul sujet, mais pouvant en affecter beaucoup d'autres (suicide dans une classe, accident du travail grave, décès brutal lors d'un sport d'équipe…) – sont rodées à ce type de pratique groupale. Dans ce cadre, en fonction de la temporalité de l'intervention qui en conditionne sa nature, trois modalités de prise en charge peuvent s'envisager.

Le *defusing* groupal

C'est l'intervention « la plus à chaud », dans les premières vingt-quatre heures ; la charge émotionnelle est majeure. Il sera proposé aux participants de s'exprimer sur leur vécu de l'événement (faits, émotions, pensées) le plus spontanément possible, sur leurs premiers ressentis. L'animateur interviendra de façon non intrusive pour des séances qui sont généralement de courte durée et concernent de manière libre et non cadrée parfois un petit nombre de participants. Il s'agit, lorsque l'état psychique du sujet le permet (c'est-à-dire en stress adapté), d'une première décharge, d'une « détoxification » par la première mise en mots de l'événement exprimé à un intervenant capable, par son professionnalisme et son attitude très contenante, de faire sortir le sujet du chaos émotionnel dans lequel il se trouve et de le remettre dans un vécu réhumanisé et temporellement cohérent (Vaiva *et al.*, 2012).

Le *debriefing* psychologique

L'intervention psychothérapique postimmédiate (IPPI) est une technique de prise en charge très spécifique, controversée, le *debriefing* souffrant encore de sa terminologie ambiguë et utilisée de manière souvent abusive. Directement inspirée du *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) de Jeffrey T. Mitchell (Jehel *et al.*, 2005), très critiqué par les études de la littérature qui, bien que méthodologiquement indiscutables, doivent être bien comprises sur le plan de leurs critères de jugement (*debriefing* individuels presque exclusivement, intervenants parfois sous-qualifiés pour cette pratique, temporalité mal définie, évaluation exclusive de l'impact individuel au sens des symptômes de l'ESPT…), l'IPPI s'en démarque nettement à la fois sur le fond (dans la prise en compte des mécanismes psychiques en jeu) et sur la



forme (indications, manière de conduire la séance...). Lorsque la temporalité, les indications (et donc les limites), en sont respectées, l'intervention, de maniement difficile, maîtrisée et cadrée, s'avère remarquablement efficace, en autorisant à la fois libération émotionnelle et restauration de la cohésion groupale. Elle requiert des soignants spécifiquement formés et entraînés (Prieto, Cheucle, Meylan, 2010).

Le groupe de parole

Par sa temporalité plus différée, mais aussi par ses indications plus larges – il peut ainsi intégrer des sujets ayant été directement exposés à l'événement et d'autres l'ayant été plus indirectement –, il représente la troisième modalité d'intervention groupale que nous détaillerons particulièrement ici. Il s'agit d'une proposition d'un temps d'échange, ouvert et souple dans son cadre, sur ce qui se sera déroulé lors de l'événement et ce que chacun souhaite en exprimer (au sens large, certains sujets pourtant concernés pouvaient être absents au moment des faits). Par le groupe de parole, c'est surtout la restauration de la cohésion groupale qui est recherchée.
Ces trois modalités de prise en charge groupale, très différentes dans leurs objectifs, indications et approfondissement du questionnement, ont toutefois des caractéristiques communes : elles s'adressent à des groupes préexistant à l'événement (groupe d'appartenance) et nécessitent la présence de deux cliniciens soignants intervenant en synergie et bien formés à ces techniques.

UN TEMPS D'ÉCHANGE SPÉCIFIQUE

Sans présupposer, sans interpréter, il s'agira d'examiner les différents temps autour de l'événement.
• « L'avant » avec une description des faits, de manière suffisamment détaillée, pour avoir une représentation de la scène, de la place de chacun, et que cela soit partagé.
• Le « pendant », sur le vécu subjectif de l'événement. Les personnes sont sollicitées pour exprimer leur ressenti personnel et subjectif, avec des phrases ouvertes et directives : Pouvez-nous dire où vous étiez à ce moment-là ? Comment avez-vous vécu cet événement (le citer) sur le moment ? Qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous pensé ? (*Idem* pour un sujet non présent, par exemple : comment avez-vous appris le drame ?)
• Le « maintenant », avec les traces et perturbations apparues à la suite de l'événement permettant de repérer les troubles éventuels, les gênes, les difficultés relationnelles, les résonnances particulières de l'événement dans l'histoire de chacun, sans jamais évoquer de problématique personnelle : règle essentielle à toute prise en charge groupale, puisque le groupe doit à nouveau fonctionner ensemble. Ce sont les animateurs qui garantissent ce cadre impératif dans le respect de la vie privée de chacun (il est d'ailleurs essentiel d'en donner la consigne en début de séance).
L'initiative quant à la répartition de la parole reste à celui qui conduit le travail du groupe. Tact et vigilance soutenue sont nécessaires, ainsi qu'une attention à chacun des participants et une bienveillance. Si, dans un *debriefing*, tous doivent pouvoir s'exprimer, le groupe de parole peut tolérer un membre qui ne parle pas, les animateurs doivent néanmoins s'assurer qu'il « reste présent » dans son silence. Pour celui qui, saisi par l'angoisse, ne peut s'arrêter de parler, il importe, sans vraiment l'interrompre, de savoir saisir l'opportunité d'un moment pour placer une parenthèse sous la forme d'une question ou d'une parole apaisante. Ainsi, par quelques scansions, le sujet, jusque-là logorrhéique, pourra commencer à structurer davantage son propos. Cela permettra aussi à d'autres de s'exprimer. Peu à peu, l'effet sur chacun de ce qui s'exprime pour les uns et les autres se manifeste. À la fois une compréhension d'autres aspects de la situation, une émotion de l'un qui agit sur l'autre, les mots des uns qui peuvent servir aux autres.
Bien que beaucoup plus en retrait, le deuxième animateur (co-animateur) a un rôle tout aussi important, même s'il s'exprime peu, il reste centré sur la dynamique groupale et s'avère être une aide essentielle dans le maintien du cadre. Il prend en général la parole à la fin de la séance, dans le sens d'une mise en évidence de la cohésion groupale. Soit elle existe, et alors il se doit de la mettre en évidence et de l'expliciter, soit des tensions sont présentes dans le groupe, et il faut les reprendre de manière constructive. *A minima*, il convient de remercier les personnes d'avoir été présentes jusqu'au bout, d'avoir pris la parole ou de s'être livrées. La conclusion faite par l'animateur principal vise à rassembler les éléments de la séance et à renforcer les éléments de cohésion groupale repris par son collègue co-animateur.
Comme tout travail groupal, les difficultés de ce type de prise en charge sont principalement liées aux problématiques institutionnelles, aux groupes qui, avant l'événement, se portaient déjà mal et étaient en permanence traversés par des conflits. Le désir de s'adresser au groupe sera alors absent, remplacé par celui d'alimenter la discorde que l'événement n'aura pu, par ailleurs, qu'aggraver. Les risques sont alors de mettre en danger, au cours de la séance, un ou plusieurs membres du groupe par le biais d'une faute qui leur est imputée, que les autres rejettent pour eux-mêmes, et de faire s'exprimer ainsi les clivages du collectif. Le savoir-faire des intervenants est alors essentiel, il s'agira de bien maintenir le cadre éprouvé en gardant bien l'objectif et la raison

d'être de cette séance groupale : le travail sur l'événement exclusivement.
Les groupes non constitués avant un événement potentiellement traumatique ne peuvent faire l'objet de ce type d'intervention. Il s'agirait d'un non-sens, puisque l'objectif principal est de permettre la poursuite d'un fonctionnement en commun.
La verbalisation de l'expérience traumatique, qui peut se révéler plus facile en groupe, dans la mesure où chacun peut se reconnaître en partie dans le discours de l'autre, n'est pas un travail d'élaboration au sens clinique du terme (là n'est d'ailleurs pas la vocation de ce type de prise en charge) qui ne peut être que singulier, car chacun a affronté l'événement d'une manière qui n'appartient qu'à lui.
Ainsi, l'efficacité du groupe de parole, mais aussi celle de toutes les interventions groupales postimmédiates, sont compromises lorsque les interventions sont menées par des professionnels non spécifiquement formés, qui peuvent tomber dans le piège de la compassion, réduisant le participant au rôle de simple victime en le dépouillant de ses velléités d'autonomie ; dans le piège de la déculpabilisation, alors que la culpabilité est un levier majeur en termes de maîtrise (Prieto, Vignat, Weber, 2002) ; ou encore dans le piège de la dédramatisation qui prétendrait retirer artificiellement ce caractère essentiel de l'événement d'avoir été vécu comme un drame.

INTERVENIR AUPRÈS D'UN GROUPE SPORTIF

Pendant un entraînement de football, dans une équipe d'amateurs, le gardien de but (âgé de trente-deux ans) s'est effondré sur le terrain devant ses coéquipiers, les dirigeants du club et quelques supporters. Ceux-ci ont tenté de le réanimer, tout comme le SMUR appelé sur les lieux. La victime sera transportée à l'hôpital en urgence, mais tous ceux qui étaient présents ont compris que le décès avait eu lieu. Décès qui sera confirmé à son arrivée dans le service hospitalier. Le maire de la commune et le président du club, qui ont assisté à l'accident, ont sollicité deux jours plus tard l'intervention de la CUMP devant l'état psychique du collectif des joueurs, très affectés par ce décès. Ils ont imaginé un temps de parole un peu libre, un dimanche matin, pour toutes les personnes affectées, celles présentes lors de ce décès, mais aussi pour les autres membres du club eux aussi très touchés. Ils ont demandé le soutien de la CUMP pour ce moment qui leur paraît essentiel, mais qu'ils ne savent comment mener. L'indication nous semblant judicieuse pour cette intervention, un psychiatre et un psychologue de la CUMP sont mobilisés.
Le dimanche matin en question, ces deux professionnels se sont rendus au club de foot de cette commune. Ils sont accueillis par le maire et le président qui leur expliquent à nouveau ce qui s'est passé, ce qu'ils ont prévu et le soutien dont ils ont besoin. Une trentaine d'hommes attendent, par petits groupes ; certains sont restés devant le local du club, d'autres sont assis à l'intérieur. L'ambiance « très masculine » est assez tendue. Avec le président du club, il est proposé de s'installer en cercle dans leur grande salle ; beaucoup restent debout, sur le pas de la porte. Cette configuration adéquate avec ce milieu, qui affiche une virilité forte, est respectée et compatible avec le cadre d'un groupe de parole. La taille du groupe, de fait, ne permettra pas l'expression de chacun, mais il s'agira plutôt de favoriser une parole sur ce qui s'est



déroulé au bénéfice de tous. La séance débute par quelques mots du président du club au collectif, indiquant que la CUMP intervient à leur demande ; il exprime ce qui les a motivés, lui et le maire, pour une telle intervention (l'inquiétude pour les joueurs, la nécessité de retrouver un fonctionnement collectif…). Le psychologue CUMP, qui sera l'animateur principal, introduit la séance, en indiquant ce qu'il sait du drame, en nommant expressément les faits, en précisant ce que ce temps de parole ensemble peut apporter à tous, quels en sont les objectifs.
Un silence pesant s'installe, puis l'un des joueurs, resté sur le pas de la porte, prend la parole pour décrire →

Bibliographie

Crocq L., 1998, « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions », *Annales médico-psychologiques, 156 (1)* : 48-54.

Jehel L., Prieto N., Ducrocq F., Vaiva G., Crocq L., 2005, « La place du *debriefing* psychologique », *Synapse, 219* : 42-45.

Kaës R., 2005, « Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 45* : 9-30.

Lebigot F., Damiani C. (sous la direction de), 2011, *Les Mots du trauma. Vocabulaire de psychotraumatologie*, Éditions P. Duval.

Prieto N., Vignat J.-P., Weber E., 2002, « Les troubles traumatiques précoces », *Stress et Trauma, 2 (1)* : 39-44.

Prieto N., Cheucle E., Meylan F., 2010, « *Debriefing* psychologique et intervention psychothérapique post-immédiate », *Soins psychiatrie, 269* : 20-23.

Vaiva G., Ducrocq F., Jehel L., Prieto N., 2012, « L'intervention de crise auprès des traumatisés psychiques », *in Intervention en situation de crise et contexte traumatique*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

Winnicott D. W., 1971, « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications », *in Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

→ en quelques mots la chute, le malaise du gardien et ce qu'il a vécu. L'échange s'engage ; ceux qui sont les plus capables de mettre des mots s'expriment. Mais aussi ceux qui ont été les plus impliqués, comme l'entraîneur qui a porté les premiers secours, qui a accompagné la femme du joueur à l'hôpital et qui a dû la soutenir. Peu à peu, de plus en plus de personnes s'expriment ; le psychologue se montre attentif aux différentes prises de parole, soutenant ceux qui s'expriment, invitant ceux qui semblent sur le point de le faire à prononcer quelques mots. Le psychiatre volontaire du réseau intervient en appui pour donner un éclairage, rebondir sur une remarque. Ainsi, peu à peu et de manière sensible, la charge émotionnelle décroît et l'on perçoit tout ce que les paroles des participants (mais aussi des intervenants) apportent d'apaisement, permettant de sortir de l'état de sidération induit par l'irruption de la mort dans un contexte ludique et sportif, là où elle semblait jusqu'alors impossible. Après ce premier temps d'expression sur ce qui a été ressenti, éprouvé, sur la culpabilité qui survient toujours à un moment ou à un autre, les questions se pressent. Reprendre ce sport ou l'arrêter ? La peur pour soi-même, pour ses proches… Comment poursuivre une activité qui est désormais vécue comme dangereuse ? Les femmes s'inquiètent et ont maintenant des arguments face à une passion qui empiète sur le temps familial… Que dire aux enfants ? Comment leur parler de la mort ? Autant de questions qui amènent des réponses simples et claires de la part des intervenants. Il est proposé aux participants de ne pas être dans la confusion (entre le risque effectif d'une pratique sportive et l'accident individuel toujours possible), d'entendre dans l'inquiétude des épouses des revendications qui sont peut-être d'un autre ordre, d'indiquer à ces sportifs qu'ils sont des compétiteurs qui prennent appui sur leur corps et qu'un arrêt brutal d'activité nécessite des réaménagements à anticiper, en plaidant pour une parole explicite à l'attention de leurs enfants sur ce qui s'est passé et sur ce qu'eux-mêmes éprouvent… beaucoup d'éléments qui sont autant de contributions préventives à d'éventuels troubles pour ces hommes et leurs familles.

Le président du club, dans sa position de responsabilité, est celui qui sollicite l'avis de la CUMP sur la conduite à tenir pour les jours à venir. Reprendre l'entraînement ? Comment ? Quand ? Regarder le terrain de foot ? Aller à l'emplacement où le corps est tombé ? Les intervenants CUMP doivent se garder de réponses trop opératoires et effectives, mais ils sont là pour soutenir le collectif, aider ces joueurs à élaborer des solutions qu'ils ont en eux, mais qui leur paraissent momentanément inaccessibles.

La séance se conclut sur une invitation à partager avec eux boissons et nourriture, comme ils le font souvent. Ce sera l'occasion d'apartés rassurants avec les intervenants. Ainsi, le psychiatre est sollicité par un jeune homme qui se sent particulièrement ébranlé, un ami à lui étant décédé dans les mêmes conditions quelques mois auparavant. Le psychologue est quant à lui sollicité par un homme qui ne s'est pas exprimé pendant la séance, mais qui évoque le décès de sa mère toujours douloureux, et auquel l'événement le renvoie. Ce temps de convivialité groupal autour d'une collation conclura cette intervention.

ANALYSE

D'une manière générale, ces interventions groupales s'adressent au sujet et au groupe avec un double objectif : sortir le groupe de l'isolement et dégager le sujet du groupe. Il s'agit de dénouer sans défaire. Comme évoquées précédemment, ces interventions se conduisent sur des groupes constitués où peuvent fonctionner les identifications de moi à moi. Dans un premier temps, le groupe fonctionne comme contenant, comme une enveloppe protectrice pour les individus. Il permet un certain bordage de la souffrance endurée par une communauté d'identifications à un même traumatisme, aux mêmes épreuves. Comme le définit René Kaës (2005), l'étayage du groupe représente un « *appui mutuel* ».

L'espace groupal est aussi bien un espace physique réel qu'une représentation validée d'un commun accord par ses membres, reflétant le monde intérieur singulier de chacun et ses limites qui peuvent être projetés dans le groupe. C'est pourquoi l'espace groupal se caractérise par la possibilité de devenir régressivement indifférencié sous la poussée d'émotions intenses partagées dans un espace primitif, dont les contenus sont des objets internes plutôt que des personnes réelles. On peut donc considérer que l'espace du groupe, du fait qu'il permet la projection et une sorte de réalisation évocatrice de l'espace interne de chacun dans un lieu interpersonnel et interactif, peut être défini comme un espace transitionnel « winicottien » (Winnicott, 1971), dans lequel il devient possible de métaboliser la réalité psychique personnelle en rapport avec la réalité sociale. Cela peut permettre, entre autres choses, de situer à l'intérieur de l'espace groupal un stimulus tellement douloureux qu'il est impensable. L'espace groupal sert ainsi de contenant capable d'en modifier le contenu en le transformant en pensée. Le groupe peut être utilisé par ses membres comme un espace contenant leurs éléments psychiques, transformés en représentations, encore non pensables et non pensés.
Ce travail d'intervention groupale postévénement s'inscrit dans une circulation de la parole qui vérifie que ce qui a été vécu en commun se dénoue en commun, c'est en cela que résident sa pertinence et sa force. L'objectif est de viser à la singularité du sujet, de toucher le sujet du point de vue de sa responsabilité subjective en lui permettant de se dégager des idéaux du groupe. Il s'agit que l'événement ne fasse pas l'objet d'une version collective dans laquelle chacun finit par croire qu'il a vécu la même chose que l'autre.
Dans l'expérience traumatique, le sujet entrevoit pendant un instant la possibilité de sa propre mort. La perception subjective d'une menace vitale et-ou le spectacle de la mort et de l'horreur le mettent face à sa propre vulnérabilité, ébranlent sa confiance en la sécurité de l'environnement et peuvent faire effraction (Lebigot, 2011). Le sujet peut se retrouver confronté à des angoisses archaïques de morcellement, de vide, d'anéantissement, dans un sentiment profond d'abandon et d'impuissance. Ce sentiment d'isolement, sans recours et sans ressources, pousse le sujet à chercher un appui chez l'autre. Il va s'agir de dénouer les questions qui, imaginairement, feraient groupe de façon à ce que chacun reparte avec ses propres questions, sans l'illusion d'avoir à porter celles des autres.

CONCLUSION

Ainsi, il n'est pas rare qu'un événement confrontant survienne dans une institution et bouleverse un collectif. La conduite à tenir est souvent mal appréhendée. Comment prendre en charge ces professionnels éprouvés ? Les stratégies de soin souvent mises en place sont trop basées sur l'impact traumatique individuel référé au traumatisme psychique au sens de l'ESPT avec une temporalité estimée de manière aléatoire, parfois en fonction du ressenti de l'intervenant. C'est méconnaître la réalité de l'impact collectif et se priver de stratégies de prises en charge efficaces et particulièrement adaptées.

Ozymandias

Diodore se trouve en Égypte pendant la 180e Olympiade. Il visite Thèbes et la Vallée des Rois, sur la rive occidentale du Nil. Voulant voir les syringes royales, il se dirige vers le Sud, et c'est là qu'il voit la statue. Il la décrit dans le livre I, chapitre 47 de sa *Bibliothèque historique* : « *Près de l'entrée, il y avait trois statues taillées dans un même bloc de pierre noire de Syène et dont l'une d'elles, assise, était la plus grande de toutes celles d'Égypte : le pied de celle-ci, mesuré, dépassait les sept coudées (un coudée équivaut à 44,30 cm [...]. Elle portait une inscription :* "Je suis Ozymandias, Roi des Rois ; si quelqu'un veut connaître ma grandeur et où je gis, qu'il essaie de surpasser l'une de mes œuvres". » Ozymandias, n'étant autre que le nom d'un pharaon de l'Égypte antique, Ramsès II. Quelques siècles plus tard, Percy B. Shelley et son ami Horace Smith évoquent ensemble la découverte récente, en Égypte, de trésors archéologiques. Ils évoquent aussi le texte de Diodore de Sicile, et décident d'écrire chacun un sonnet sur le thème. Shelley écrira *Ozymandias* en 1817 et le publiera dans *The Examiner* :

Ozymandias of Egypt

« *I met a traveller from an antique land*
Who said : "Two vast and trunkless legs of stone
Stand in the desert. Near them, on the sand,
Half sunk, a shattered visage lies, whose frown."

And wrinkled lip, and sneer of cold command,
Tell that its sculptor well those passions read,
Which yet survive, stamped on these lifeless things,
The hand that mocked them and the heart that fed,

And on the pedestal these words appear :
"My name is Ozymandias, king of Kings :
Look on my works, Ye Mighty, and despair !"

Nothing beside remains. Round the decay
Of that colossal wreck, boundless and bare,
The lone and level sands stretch far away. »

« *J'ai rencontré un voyageur venu d'une terre antique*
Qui m'a dit : "Deux immenses jambes de pierre dépourvues de buste
Se dressent dans le désert. Près d'elles, sur le sable,
À moitié enfoui, gît un visage brisé dont le sourcil froncé."

La lèvre plissée et le sourire de froide autorité
Disent que son sculpteur sut lire les passions
Qui, gravées sur ces objets sans vie, survivent encore
À la main qui les imita et au cœur qui les nourrit.

Et sur le piédestal, il y a ces mots :
"Mon nom est Ozymandias, Roi des Rois.
Contemplez mes œuvres, Ô Puissants, et désespérez !"

À côté, rien ne demeure. Autour des ruines
De cette colossale épave, infinis et nus,
Les sables monotones et solitaires s'étendent au loin.[1] »

Les lectures du poème sont multiples et pleines de richesse. J'en propose une seule, à partir des derniers vers du poète : la statue du tout-puissant tyran est devenue colossale épave, ruines au milieu des sables monotones. La colère infinie de celui qui pensait dominer le monde est désormais un morceau de pierre vaincu par le désert et le temps, le Pouvoir est éphémère, périssable, et ce qui survit, immortel, ce sont les restes de l'œuvre d'art ; l'art a traversé les temps. *Ozymandias* pourrait être un commentaire avant la lettre de « L'éphémère destinée », le texte de Freud...

Dans le *teaser* qui annonce la cinquième et dernière saison de *Breaking Bad*, on entend la voix de Walter White lisant le poème. Un des derniers épisodes s'appelle précisément « Ozymandias », et a été considéré par la critique comme le meilleur épisode de la série. Il résume à merveille le trajet de Walter White, professeur de chimie, qui devient un redoutable baron de la drogue, accompagné par son acolyte Jesse Pinkman, un de ses anciens étudiants. La transformation de Walter White, au fil des cinq années qu'a duré la série, est époustouflante. La violence et la méchanceté qui s'emparent de Mr White ne l'empêchent pas de rester attaché à sa famille, et font de lui un personnage shakespearien, probablement un des caractères le plus complexes né d'une série télévisée. *Ozymandias* capture le trajet insolite du professeur dans un poème et me permet de vous le raconter sans vous dévoiler les clés de l'intrigue. Bonne série[2] !

Miguel de Azambuja

Notes

1. Traduction Wikipedia proposée par l'auteur (*ndlr*).

2. La saison 5 de *Breaking Bad* sera diffusée sur Arte en décembre prochain.



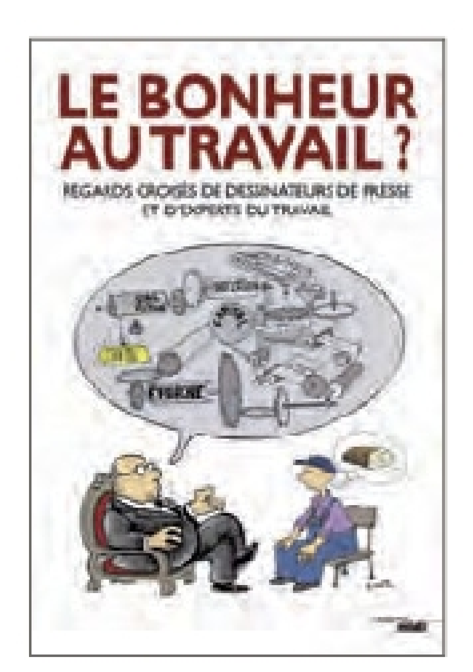
Érès, 2013
239 p., 22 €
ISBN : 978-2-7492-3677-3

Traitements des troubles du spectre autistique À la recherche d'un *modèle français*

Graciela C. Crespin

Ce livre est important, car il confirme, à partir de la pratique et de la théorie, la nécessité de penser autrement la question de l'autisme en dehors des polémiques, mais surtout en tentant d'intégrer les savoirs issus des neurosciences, de la psychologie du développement et des pratiques de soin et de rééducation.
Pour cette dernière question, faut-il encore insister sur le fait que les soins psychiques se nouent obligatoirement avec l'éducation de l'enfant, puisque, comme le rappelle Jacques Hochman dans sa préface, tout enfant, y compris autiste, a besoin d'éducation. Cet ouvrage, fruit du travail considérable de Graciela C. Crespin, psychologue, directrice d'un programme de recherches et d'études sur l'autisme (Preaut), résume l'essentiel du débat autour de l'autisme en tentant de rapprocher des positions apparemment inconciliables. À travers la question de l'autisme, c'est à une résurgence de vieux débats entre déterminisme génétique et déterminisme environnemental que l'on assiste.
Graciela C. Crespin déplace judicieusement ce débat en insistant sur le fait que l'on ne peut agir que sur l'environnement. Mais l'auteur ne s'arrête pas à ce simple constat. Ses travaux l'ont conduite à observer de près les enfants en repérant le déclenchement des troubles, puis la nature des interactions parents-enfants, ainsi que les réactions de l'entourage, qu'il soit parental ou soignant. Cela en mettant l'accent sur les états de sidération provoqués et la nécessité d'une véritable guidance parentale éclairée. Elle n'oublie pas de rappeler l'évolution des classifications avec l'apparition des troubles envahissants du développement (TED) ainsi que l'étiologie des troubles autistiques (TA) au regard des avancées neuroscientifiques. Mais l'auteur s'attache surtout à repérer, à partir de l'observation des signes cliniques, le rapport du sujet à son environnement et les défaillances, notamment au niveau communicationnel. Si l'articulation entre travail clinique et évaluations reste délicate, il est néanmoins ici proposé des « chemins d'ouverture » à partir d'un certain nombre de dispositifs innovants en termes d'accompagnement, de recherche-actions et de lieux d'intégration. Alors, irons-nous vers un modèle français de la prise en charge des enfants autistes ? On peut l'espérer avec Graciela C. Crespin, si chacun ressent la nécessité d'une approche ouverte et concertée dans cette douloureuse question de l'autisme.

Patrick Conrath



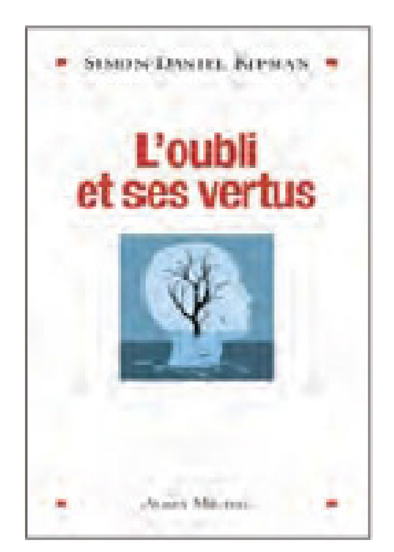
Le Cherche Midi, 2013
175 p., 17 €
ISBN : 978-2-7491-3173-3

Le bonheur au travail ? Regards croisés de dessinateurs de presse et d'experts du travail

Sous la direction de Sophie Prunier-Poulmaire

Un travail singulier que celui conduit par Sophie Prunier-Poulmaire, maître de conférences en ergonomie, qui met en perspective des écrits de spécialistes du champ du travail issus de professions diverses et des dessinateurs et leurs productions, précédemment publiées dans la presse.
Un travail édifiant aussi, car chacun des experts explore une des dimensions de l'actuel malaise, voire du drame vécu par une majorité d'actifs aujourd'hui. Et le catalogue, rendu encore plus percutant par les illustrations, est vaste : de l'orientation et de la course aux diplômes à la formation continue, des procédures ou politiques de recrutement aux discriminations diverses dont la discrimination homme / femme cruellement banalisée, les conditions de travail, etc. Il y est aussi question de l'analyse de la situation actuelle du travailleur, aux prises avec des stratégies de management ou de développement qui conduisent à cette souffrance malheureusement si courante aujourd'hui, et dont l'expression caractéristique consiste en l'obligation de mise en œuvre d'actions, de réalisation de mission, ou en empêchements d'agir dans le respect de l'éthique et de la compétence du salarié, particulièrement répandus, y compris pour les cadres supérieurs. « *On voudrait que le travail soit création* [...] et *pourtant pleinement contrôlé* », en dit François Vatin dans son écrit sur le management, poursuivant que « *en dématérialisant le travail, réduit à des jeux de langage, on ne voit plus que l'espace politique de l'entreprise* ».
Où cette analyse nous conduit-elle ? À conclure que si l'on accordait aux travailleurs le bénéfice du doute, *a minima* sur ses propres compétences, et qu'on le laissait travailler, peut-être qu'au final l'entreprise ne s'en porterait que mieux.
La santé publique est fortement impactée par la santé du travail et la santé au travail. Comme conclut Yves Clot, l'un des contributeurs, « *il est donc temps de regarder notre travail* [...] *comme une solution pour la santé* ».

Delphine Goetgheluck

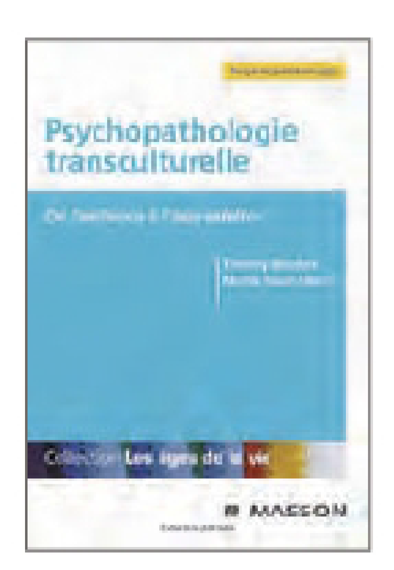


L'oubli et ses vertus

Simon-Daniel Kipman

Quand la mémoire défaille, au souvenir qui s'efface se substitue l'invisible béance de l'oubli, « *une nécessité vitale pour continuer à penser et à découvrir, un besoin pour des plaisirs à venir* ». Événement contextuel, protecteur, mécanisme de défense, tragique injustice..., l'oubli est tour à tour cruel ou bienvenu, « *la crypte du souvenir* », compagnon infidèle de la mémoire, toujours « *déterminé par une émotion vraie* ». Psychiatre et psychanalyste, Simon-Daniel Kipman nous invite à suivre sa recherche des mécanismes de l'oubli dans l'univers du psychisme humain, à repérer les structures cérébrales concernées par la mémoire. Un passionnant voyage éclairé par les neurosciences, l'histoire, la mythologie, la religion, la philosophie, la psychanalyse.

Albin Michel, 2013 / 223 p., 18 € / *ISBN : 978-2-226-24577-9*

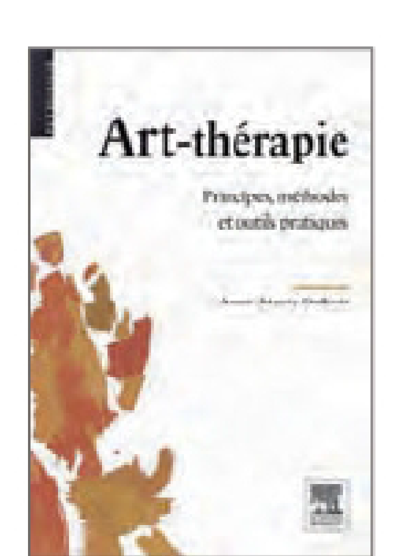


Psychopathologie transculturelle

Thierry Baubet et Marie Rose Moro

Sans vouloir déconsidérer le modèle universel de la médecine psychiatrique qui repose sur l'unité fondamentale du psychisme humain, les auteurs de ce livre observent la dimension culturelle soulevée par les pathologies des patients migrants et de leurs enfants. Le taux de migration, évalué à ce jour à 2 % de la population mondiale, impose à la clinique d'interroger l'altérité culturelle pour adapter les outils d'évaluation psychologique et la nature des soins préconisés. L'approche thérapeutique implique, de ce fait, la prise en compte de données spécifiques : la relation complexifiée par la médiation du traducteur, la place du singulier et du collectif, les représentations qui relient le patient à son histoire et à son présent, les tabous, les ancêtres, les gourous...

Elsevier Masson, 2013 (2e édition) / 297 p., 32,30 € / *ISBN : 978-2-294-71908-0*

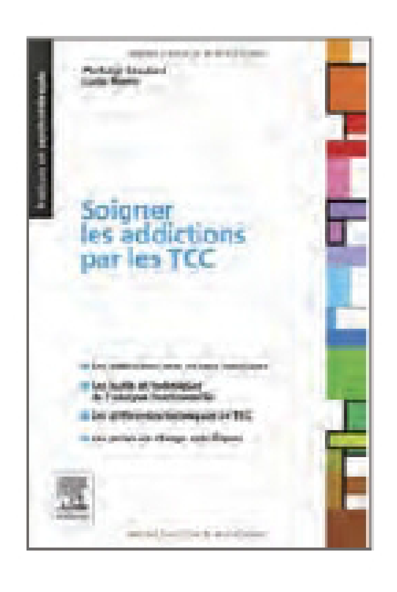


Art-thérapie. Principes, méthodes et outils pratiques

Anne-Marie Dubois

Au-delà du goût grandissant pour les arts, l'abondance des propositions d'art-thérapie, dans les domaines de la psychologie, de l'éducation et du social, impose de s'arrêter un moment sur le développement de ces médiations, d'en retrouver les fondements, les spécificités, et de préciser ce qui justifie leur utilisation. À chaque thérapie ses modalités de fonctionnement, son cadre, la nature de ses liens institutionnels. Selon le diagnostic posé et le choix de l'activité, « *la façon dont l'atelier est mis en scène, le matériel qui le définit et le compose, peuvent favoriser les possibilités d'engagement et l'accès à la vie imaginaire* ».

Elsevier Masson, 2013 / 156 p., 24,70 € / *ISBN : 978-2-294-72463-3*



Soigner les addictions par les TCC

Pierluigi Graziani et Lucia Romo

De nos jours, les modèles cognitifs concernant les addictions s'attachent à considérer davantage le sujet, ses émotions et comportements plutôt que son environnement, ce qui oriente la prise en charge des personnes en souffrance. Pour compléter leur réflexion théorique, quinze psychologues et psychiatres spécialistes dans ce domaine témoignent ici de la recherche, de l'influence des facteurs sociodémographiques, des processus à l'origine des consommations pathologiques et des étapes jalonnant la prise en charge psychothérapeutique complexe dont l'efficacité semble prévaloir sur d'autres pistes thérapeutiques.

Elsevier Masson, 2013 / 248 p., 32 € / *ISBN : 978-2-294-71560-0*

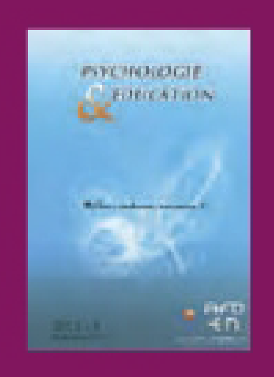


À l'école des dyslexiques. Naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?

Sandrine Garcia

Imputer l'échec des apprentissages de la lecture et de la grammaire à la seule dyslexie des enfants est, selon Sandrine Garcia, une erreur pour en apprécier les raisons. Plutôt que de souscrire à l'idée d'une « épidémie » de dyslexie – handicap institutionnellement reconnu dont les bénéfices sont ici développés –, l'auteur déplace la problématique sur le champ du social. Il y aurait une frontière entre le normal pour les élèves privilégiés disposant des ressources familiales susceptibles de faciliter les apprentissages, et le pathologique pour ceux qui en seraient privés. « *Il s'agit d'une retraduction, dans les termes de la pathologie, des inégalités de capital culturel hérité, dans le cadre d'une école transformée depuis les années 1960.* »

La Découverte, 2013 / 309 p., 27 € / *ISBN : 978-2-7071-6983-9*



Psychologie et éducation

Dossier « Réinventons encore ! »

Avec notamment la présentation d'une étude portant sur la corrélation entre le sentiment de compétence personnelle et les performances scolaires en mathématiques, réalisée auprès de 265 élèves des classes de quatrième, à Lomé, au Togo. Le sentiment d'auto-efficacité étant une variable incontournable dans la compréhension des difficultés des jeunes en formation.

Avec K. Yanakou Gbati, O.-G. Lebreton, N. Lavoie, M.-F. Morin, M. Colasse *et al.*, M.-T. Laignier et A. Néret.
Afpen, 2013, *3* / 100 p., 20 € / *ISSN : 1148-9502*



Vie sociale

Dossier « Les temporalités de l'action sociale »

Temps qui passe… Rapport au temps… au temps de l'action publique ou encore au temps judiciaire… Recherche de congruence entre le temps de l'action, le temps institutionnel, le temps des usagers… Ce sont ici toutes ces convergences et discordances qui sont passées au crible à partir d'approches conceptuelle et philosophique, et en faisant le point sur les nouvelles temporalités de l'action sociale.

Avec J. Riffault, B. Bouquet, E. Fiat, M. Revault d'Allonnes, J. Hortoneda, P. Gauthier, R. Gaillard, A. Bruel…
Érès, 2013, *2* / 160 p., 16 € / *ISSN : 0042-5605*



Santé mentale

Dossier « La régression du sujet âgé »

Qu'il s'agisse de la question de l'archaïsme, de l'infantile et du travail du vieillir, du syndrome de glissement, des mouvements régressifs dans les institutions ou encore de la régression dans le couple âgé, ce numéro permettra aux soignants de mieux cerner le sens de la régression en gériatrie et ainsi de mieux accompagner les personnes âgées confrontées à leurs pertes de capacités physiques et cognitives.

Avec P. Charazac, I. Gallice, J.-M. Talpin, V. Caradadec, F. Ellien, M. Charazac-Brunel…
2013, *180* / 88 p., 15 € / *ISSN : 1273-7208*



Carnet de notes sur les maltraitances infantiles

Dossier « Diagnostic et travail social »

Mentionnons la publication de ce numéro de *Carnets de note sur les maltraitances infantiles* après quelques mois d'interruption, revue qui a pour objectif de « *faire de la difficulté à objectiver la notion de maltraitance un levier pour mettre en continuité et parfois confronter des théories ou des points de vue issus de différentes disciplines* ».

Avec J. Segers, C. Monville, O. Blaise, N. Berthelot, V. Couteau, Q. Bullens, S. Aubinet, C. Nihoul…
Office national des naissances, 2013, *131* / 28 p., NC

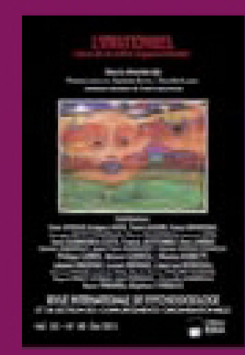


Revue de neuropsychologie

Dossier « Neuropsychologie et prise de décision »

De quoi sont faits les processus décisionnels ? Quelles régions cérébrales sont sollicitées ? *Quid* de la prise de décision affective chez l'enfant ? Un numéro qui se veut une synthèse actuelle des données de la littérature sur cette fonction et sa pathologie, à travers des contributions issues tant de cliniciens que d'universitaires.

Avec Ph. Allain, J. Besnard, R. Ouerchefani, J.-P. Jacus, A. Roy et C. Lancelot, M. Hainselin…
John Libbey Eurotext, 2013, *5* / 84 p., NC / *ISSN : 2101-6739*



Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels

Dossier « L'irrationnel. Source de vitalité organisationnelle ? »

Après avoir postulé que les émotions, les croyances dans les organisations, la personnalité, l'improvisation et la spiritualité étaient les cinq composantes organisationnelles de l'irrationnel, c'est précisément de la place qu'occupe l'irrationnel dans les comportements organisationnels des personnes, des dyades et des groupes ou encore des institutions, dont il est question. Pour autant est-il source d'aliénation et d'asservissement ? source de vie ou de liberté ?

Avec C. Bourion, R. Jardat, G. Avier, Y. Bazin, I. Karboul, S. Karoui Zouaoui, E. Passe…
Eska, 2013, *48* / 404 p., NC / *ISSN : 1260-1705*

ET AUSSI…

Le Carnet/Psy
Dossier « Fantasmes de garantie et refus de la complexité »
Éditions Cazaubon, 2013, *147*
54 p., 8 €
ISSN : 1260-5921

Psychologues & Psychologies
Dossier « Adoption »
Snp, 2013, *226*
26 p., 15 €

Cahiers jungiens de la psychanalyse
Dossier « Liens – Séparations– Transformations »
2013, *137*
200 p., NC
ISSN : 0984-8207

EXERCICE LIBÉRAL

> PARIS (75)
Métro République. Psychologue loue cabinet. 60 € / demi-journée.
Tél. : 06 25 70 27 30

> CRÉPY-EN-VALOIS (60)
Centre ville, cabinet 13 m² + salle d'attente commune avec professionnel de santé + commodités RDC.
Tenu pendant cinq ans par ostéopathe. Libre de suite. Conviendrait à psychologue-psychothérapeute.
Tél. : 06 08 21 17 88

> PARIS (75)
Psychologue clinicienne-psychanalyste sous-loue son cabinet, 2 jours, 2 jours et demi, Paris XIIe, métro Ledru-Rollin. Libre au 01.12.2013. Loyer 450-500 €.
Tél. : 06 09 86 65 64

OFFRES D'EMPLOI

> ALÈS (30) – ANGERS (49)
BORDEAUX (33) – OISE (60) – PAU (64)
TOULOUSE (31) – VANNES (56)

PARRAINS PAR MILLE (Parrainage d'enfants en France) recherche pour ses antennes d'Alès, d'Angers, de Bordeaux, de l'Oise, de Pau, de Toulouse et de Vannes, des **psychologues clinicien(ne)s bénévoles** expérimenté(e)s pour assurer des entretiens auprès des familles et futurs parrains-marraines

- **Contact Alès**

Claudine Lesueur : 04 66 61 01 62

- **Contact Angers**

Sandrine Bechu : 06 61 62 96 58

- **Contact Bordeaux**

Danielle Arnaud : 06 78 15 12 92

- **Contact Oise**

Pascale Derycke : 06 88 76 16 81

- **Contact Pau**

Danièle Pivetta : 06 21 99 72 06

- **Contact Toulouse**

Sophie Menvielle : 06 63 02 20 43

- **Contact Vannes**

Martine Jacquet : 06 42 31 11 3

> MARSEILLE (13)

La Direction interrégionale des services pénitentiaires PACA / Corse (DISP) recrute un psychologue en service pénitentiaire d'insertion et probation (SPIP).

La mission du SPIP est la prévention de la récidive et s'articule autour de 3 axes :

- l'évaluation, le suivi et le contrôle des personnes sous main de justice (PPSMJ) ;
- l'aide à la décision judiciaire dans un souci d'individualisation ;
- l'insertion des personnes placées sous main de justice.

Les SPIP participent à l'exécution, à l'individualisation et à l'aménagement des peines prononcées par l'autorité judiciaire. Ils interviennent au sein des établissements pénitentiaires, mais aussi en dehors de ces établissements pour le suivi de l'ensemble des PPSMJ.

Le psychologue en SPIP interviendra auprès des personnels des SPIP. Dans le cadre de l'analyse des pratiques, et de la mise en place des programmes de prévention de la récidive, il apportera un appui technique aux équipes. Nombreux déplacements à prévoir.

Compétences requises : Master 2 de psychologie. Formation en psychologie clinique. Une formation en criminologie serait un atout supplémentaire.

Rémunération : 1 600 € nets, et + selon expérience.

Les candidatures sont à adresser avant le 22 novembre 2013 à :
SPIP PACA / Corse
À l'attention de Mme Menant
4, traverse de Rabat – BP 121
13277 Marseille cedex 09

CONSEILS AUX AUTEURS

***Le Journal des psychologues* est un lieu original d'expression où tout un chacun peut exprimer son point de vue et faire partager son expérience.**

Il s'adresse essentiellement à des professionnels exerçant à partir d'une des disciplines de la psychologie.

Ce n'est pas une revue scientifique au sens strict, toutefois les contributions doivent être en adéquation avec le niveau de formation des professionnels qui s'y réfèrent (il ne s'agit pas de vulgarisation).

Seuls les articles n'ayant pas fait l'objet de publication, y compris sur Internet, sont acceptés.

L'écriture :

> Le découpage de l'article doit se faire en paragraphes clairs et distincts, avec **intertitres**.

> Privilégier la clarté sous-tendue de rigueur scientifique.

> Privilégier l'exemple (vignette clinique).

> Accorder une attention à ce que les tenants et aboutissants de l'argument puissent inciter à la réflexion, plutôt que de privilégier une démonstration scientifique détaillée.

> Une attention particulière doit être portée au **caractère vivant** de l'article.

> L'article doit pouvoir être accessible à un professionnel d'un autre secteur de la psychologie (dimension de transversalité).

> Le Journal étant également diffusé auprès des étudiants, les articles peuvent avoir un caractère incitatif vers d'autres lectures complémentaires.

Sur le plan technique :

> Le texte doit nous parvenir sous forme d'un support informatique, en **traitement de texte**.

> L'article doit comprendre, en général, entre 18 000 et 24 000 signes (espaces comprises).

> Les **nom, prénom et coordonnées complètes** (postales et téléphoniques) de(s) auteur(s) doivent figurer impérativement sur la **page de titre**.

> Un **résumé** et des **mots clés** sont à proposer.

> Le Système Harvard (alphabétique) est utilisé pour la présentation des références bibliographiques. Elles sont appelées dans le texte par le nom du premier auteur, suivi de l'année de parution de l'article cité. Ex. : ... (Anzieu D., 1975). Puis, en fin d'article, la bibliographie présente les références complètes, classées par ordre alphabétique des noms d'auteurs.

Chaque article, après acceptation de sa publication, est confié à la secrétaire de rédaction qui le travaille pour le rendre conforme aux orientations et aux impératifs de publication : modifications, coupes, travail sur le style, etc. Le fond de l'article et sa substance ne sont pas revus.

L'article prêt à être publié est ensuite proposé à l'auteur afin d'obtenir son accord et le bon à tirer (BAT). À cette occasion, il sera également demandé que nous soit envoyée une photo couleur de l'auteur.

Pour toutes propositions d'article, envoyez-les à l'attention des rédacteurs en chef, Delphine Goetgheluck et Patrick Conrath, à l'adresse suivante : jdp@martinmedia.fr

COMMENT PASSER VOTRE ANNONCE

PETITE ANNONCE : **7 €** **la ligne de 40 signes ou espaces** (*cocher les cases voulues)

❑ **Annonce encadrée* : + 30 €** ❑ **Domiciliation à la revue* : + 7 €**

Deux premières lignes gratuites pour les abonnés (sur présentation d'un justificatif)

OFFRE D'EMPLOI : **10 €** **la ligne de 40 signes ou espaces**

Insertion gratuite pour les abonnés (sur présentation d'un justificatif)

Écrivez votre texte en majuscules avec nom, adresse et-ou téléphone (1 lettre par case, 1 case entre chaque mot)

Ce bulletin peut être photocopié. Vous pouvez aussi envoyer votre texte sur papier libre.

À retourner avant le 10 du mois précédent (après cette date, parution reportée au numéro suivant)

Merci d'adresser votre annonce et votre règlement au ***Journal des psychologues,***
Offres d'emploi et petites annonces • Émeline Rost • 10, av. Victor-Hugo • 55800 Revigny

Nom : ____________________ **Prénom :** ____________________

Adresse : ____

Code postal ☐☐☐☐☐ **Ville :** ____________________

BULLETIN D'ABONNEMENT

À retourner au Journal des psychologues – ABT – 10 av. Victor-Hugo – CS 60051
55800 REVIGNY – N° Indigo 0 825 82 63 63 – Fax 03 29 70 56 74

Mes coordonnées

Code AJDP0016

Nom ....

Prénom ....

Adresse ....

....

Code postal ☐☐☐☐☐

Ville ....

Email..

OUI, je souhaite m'abonner au *Journal des psychologues*

1 an = 10 numéros + accès privilégié au site www.jdpsychologues.fr

❑ professionnel 52€* ❑ étudiant 41€* (*joindre un justificatif*)
au lieu de 65 € • (prix de vente au n°)*

Je choisis de régler :

❑ par chèque joint à l'ordre du *Journal des psychologues*

❑ par carte bancaire ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Expire fin ☐☐ ☐☐ Signature (uniquement CB)

Code CVC ☐☐☐ *Code vérification client*
(trois derniers chiffres du n° figurant au verso de votre carte)

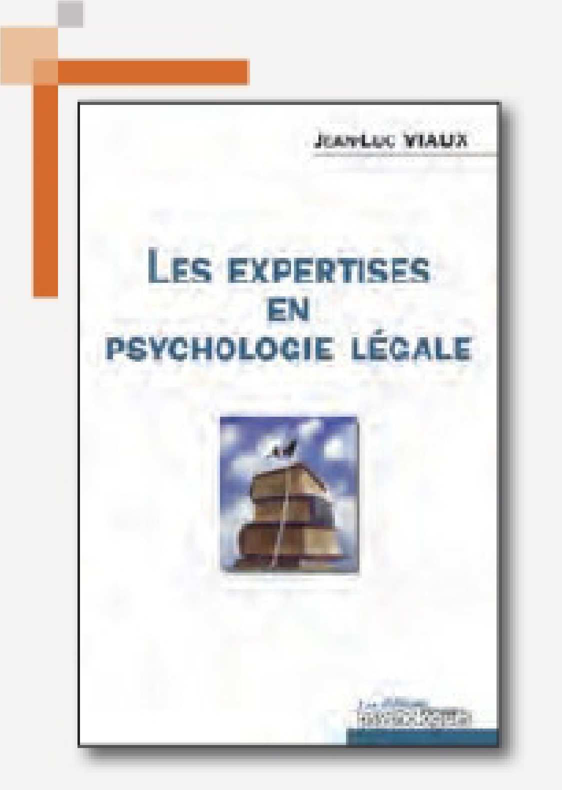
❑ par mandat administratif (cachet obligatoire)

* *Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter* www.jdpsychologues.fr

Si vous souhaitez une facture acquittée de votre abonnement pour prise en charge budgétaire au titre de la formation continue, cochez la case ci-contre ☐

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

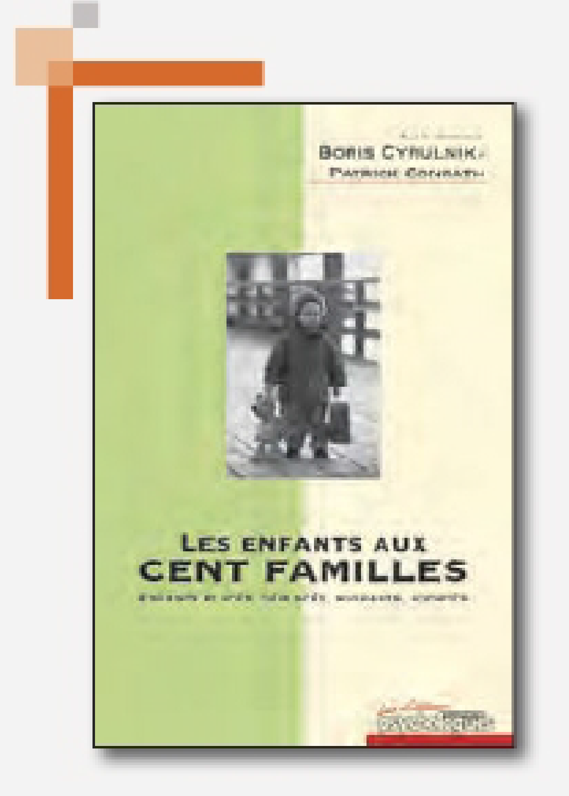
7 ouvrages de référence
Sélectionnés par le Journal des psychologues



Les expertises en psychologie légale
Jean-Luc Viaux

288 pages – 0107LIVP – **24,90 €**

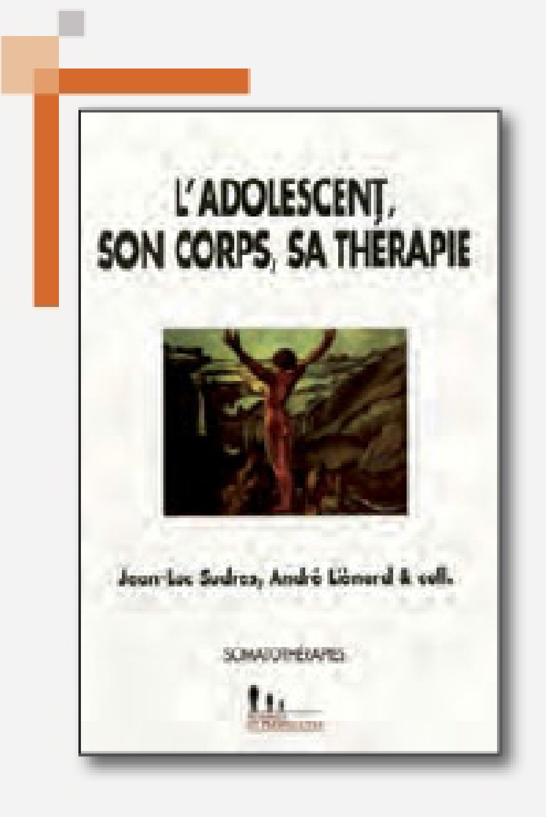
Ces dix dernières années, les demandes d'expertises psychologiques émanant du monde judiciaire et des législateurs se sont multipliées. Pourtant, très peu d'ouvrages se penchent sur ce sujet.
Le livre de Jean-Luc Viaux est un document d'exception, pouvant servir de base à l'élaboration de pratiques et du sens de cette intervention singulière entre le sujet et la demande institutionnelle. Appuyé sur sa longue expérience, il aborde tous les champs possibles d'intervention du psychologue en tant qu'expert auprès de la justice, et offre au fil de sa présentation l'éclairage d'une réflexion de fond sur la place et le rôle délicat qui sont les nôtres dans le contexte actuel.



Les enfants aux cent familles
Boris Cyrulnik et Patrick Conrath

144 pages – 0106LIVP – **24,90 €**

Le présent ouvrage, issu d'un colloque orchestré par Boris Cyrulnik, propose une lecture approfondie et multiple de ces situations ; afin de comprendre comment mieux accueillir ces enfants, il ouvre des espaces de réflexion à partir de la dimension historique, de l'ethnopsychiatrie, de l'anthropologie, du judiciaire et de la clinique au quotidien. Face à ces enfants déjà confrontés à des carences fondamentales, il est nécessaire, lorsque cela est possible, de sauvegarder les liens d'attachement et d'éviter les retraits parfois brutaux de familles considérées comme défaillantes.



L'adolescent, son corps, sa thérapie
Jean-Luc Sudres, André Liénard & coll.

234 pages – 0075OUVP – **22,10 €**

Dans nos sociétés, nombre d'adolescents clament, aujourd'hui plus qu'hier, la détresse d'une jeunesse dont ils se sentent dépossédés. L'aliénation sociale guette, la psyché et leur corps n'en finissent pas de souffrir…
Que l'on soit praticien, parent ou citoyen, on ne peut que constater que le corps de l'adolescent, mouvant, actif, ressenti, sensuel, symbolique, ne devrait pas être occulté. Pourtant les thérapies corporelles de l'adolescent n'alimentent guère les bibliographies et ne se déploient qu'avec une parcimonieuse confidentialité dans les soins de la juvénilité. Toucher le corps, toucher du corps, travailler avec et par le corps, voici un enjeu de taille.



Le mentor : transmettre un savoir-être
Renée Houde

230 pages – 0038OUVP – **22,10 €**

En se fondant sur les notions de cycle de vie et de transition de la vie adulte, en s'appuyant sur l'espace transitionnel et sur la générativité d'Erik Erikson, Renée Houde explique pourquoi il est temps de redonner une nouvelle vie au mentorat tant dans le monde de l'éducation que dans le monde professionnel ou personnel. Cheminement théorique et exemples concrets s'éclairent l'un l'autre au fil de cet ouvrage. Voici un livre de réflexion et d'enseignement pratique pour les professeurs, éducateurs, assistantes sociales et professionnels des relations humaines.



Le blues du chariot

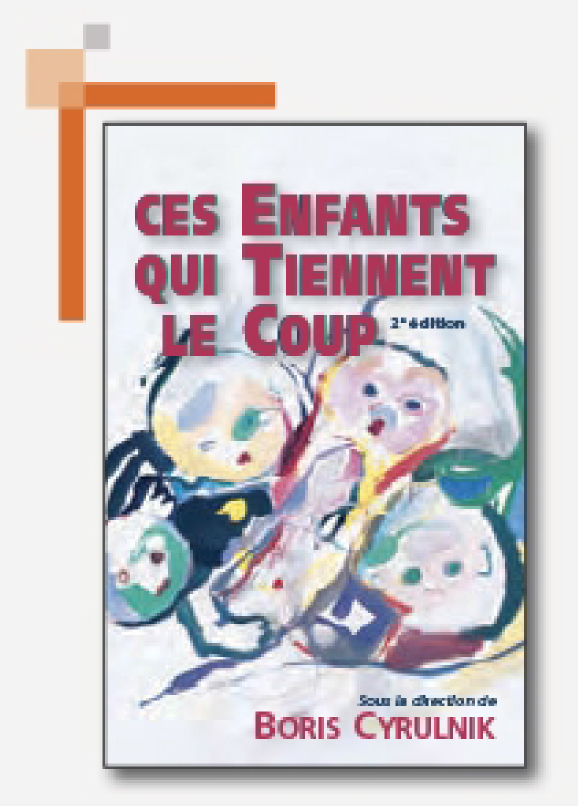
Daniel Gorans

224 pages – 0102LIVP – **25 €**

Daniel Gorans vous invite à vous substituer au chariot de nettoyage le temps du récit et vous rendre ainsi compte de la vie qui s'écoule au sein de « l'Epicea » (établissement de cure psychothérapique pour enfants et adolescents). Vous ferez connaissance avec Martine au parler franc, Sam le forestier amoureux de la nature, Valérie psychologue en titre, Mélanie empêtrée dans ses secrets de famille, Mona et Antoine qui butent sur les escarpes de leur passion...

Chaque personnage y est croqué de manière factuelle mais affective. Neutralité et bienveillance sont les inclinations favorables de ce chariot à conter l'histoire de chacun...

Un magnifique ouvrage qui témoigne de la réalité de vie d'une institution : de la structure elle-même, des professionnels qui portent et tissent son histoire, des patients accueillis qui en sont sa raison d'être...



Ces enfants qui tiennent le coup

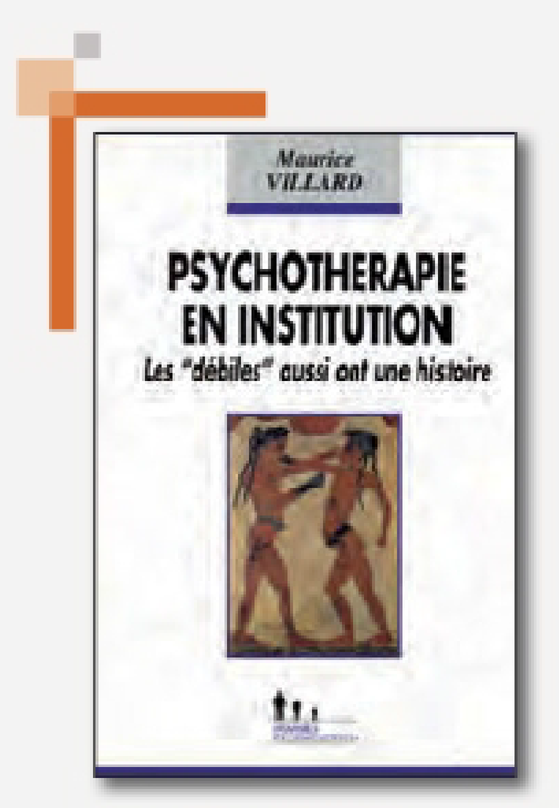
Boris Cyrulnik

120 pages – 0012OUVP – **15 €**

Cet ouvrage nous incite à rompre avec un certain nombre de lieux communs. Les principaux spécialistes français et étrangers du concept de résilience étudient et analysent ce qui amène certains enfants à résister malgré l'augmentation des risques de traumatisme. Ils nous apportent les contributions les plus récentes afin de mieux comprendre les enfants plus fragiles et de trouver les conditions qui permettraient au plus grand nombre de tenir le coup.

Grâce à ces travaux, de nouvelles perspectives de travail et de recherche s'ouvrent pour les spécialistes de la prévention, les médecins, les psychologues et les travailleurs sociaux.

Non seulement ce livre est riche d'enseignement, mais il nous conduit à plus d'optimisme dans les perspectives d'éducation et de soins dans le domaine de l'enfance.



Psychothérapie en institution

Maurice Villard

167 pages – 0071OUVP – **20,60 €**

En présentant plusieurs cas d'enfants « déficients mentaux » suivis en institution, Maurice Villard montre que, sous l'apparente pauvreté psychique, existe pour chacun une histoire singulière que la situation psychothérapique permet d'entendre. Ces histoires complexes et douloureuses que l'auteur décrypte avec eux au fil du temps, il les accompagne d'une fine analyse concernant les questions posées par les psychothérapies en institution, les concepts de cadre, de contenant et d'enveloppe. Un dernier chapitre de synthèse développe quelques emprunts théoriques permettant une approche dynamique des déficiences intellectuelles.

Tous ces ouvrages sont disponibles sur notre site **www.jdpsychologues.fr**

BON DE COMMANDE

à découper ou photocopier et à retourner au **Journal des psychologues – CDE – 10, av. Victor-Hugo CS 60051 – 55800 Revigny-sur-Ornain** – N° Indigo 0 825 82 63 63 – Fax 03 29 70 56 74

Code AJDP0015

Nom ....

Prénom ....

Adresse ....

....

Code postal |_|_|_|_|_|

Ville ....

Email ....

OUI, je souhaite recevoir :

...... ex. de Les expertises en psychologie légale *(Réf. 0107LIVP)* x 24,90 €* soit .... €

...... ex. de Les enfants aux cent familles *(Réf. 0106LIVP)* x 24,90 €* soit .... €

...... ex. de L'adolescent, son corps, sa thérapie *(Réf. 0075OUVP)* x 22,10 €* soit .... €

...... ex. de Le mentor : transmettre un savoir être *(Réf. 0038OUVP)* x 22,10 €* soit .... €

...... ex. de Le blues du chariot *(Réf. 0102LIVP)* x 25,00 €* soit .... €

...... ex. de Ces enfants qui tiennent le coup *(Réf. 0012OUVP)* x 15,00 €* soit .... €

...... ex. de Psychothérapie en institution *(Réf. 0071OUVP)* x 20,60 €* soit .... €

Je choisis de régler :

❑ par chèque joint à l'ordre du *Journal des psychologues*

❑ par carte bancaire |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Expire fin |_|_| |_|_| Signature *(uniquement CB)*

Code CVC |_|_|_| Code vérification client
(trois derniers chiffres du n° figurant au verso de votre carte)

* *Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter* www.jdpsychologues.fr



LIGUE FRANÇAISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Reconnue d'utilité publique ; membre de la World Federation for Mental Health

Colloque – Lundi 16 et mardi 17 décembre 2013

« Résilience et relations humaines »

Couple, Famille, Institution, Entreprise, Cultures

Espace Reuilly – 21, rue Hénard – 75012 Paris – Métro Montgallet et Dugommier – Bus 29

Lundi 16 décembre : 9 h–12 h 30

Questionnements autour de la Résilience

- **Le sujet résilient** (Dr Boris Cyrulnik)
- **Philosophie et Résilience** (Michel Onfray)
- **Humour et autodérision, un rempart contre la souffrance** (Marie Anaut)
- **Caractéristiques psychiques cachées de la Résilience** (Dr Roland Coutanceau)
- **Shoah et résilience** (Dr Serge Bornstein)

Lundi 16 décembre : 14 h–17 h 30

Résilience et Famille

- **Résilience et Famille : la place de l'attachement** (Pr Michel Delage)
- **Couples résilients** (Dr Philippe Brenot)
- **Dépasser la séparation ?** (Jocelyne Dahan)

Mardi 17 décembre : 9 h–12 h 30

Résilience et Travail

- **Du bon (ou du mauvais) usage de la résilience au travail** (Pr Michel Debout)
- **Survivre à son travail : (Faux) Petit guide de survie** (Pr Jocelyn Aubut)
- **Stratégies résilientes face à la violence psychologique** (Dr Roland Coutanceau)
- **Angoisses et désorganisations psychiques face au licenciement** (Joël Croas)

Mardi 17 décembre : 14 h–17 h 30

Résilience et Société

- **Compétence culturelle et migrations** (Dr Rachid Bennegadi)
- **Déterminants sociaux de la maladie mentale** (Marie Jo Bourdin et Stéphanie Larchangé)
- **Groupe, bouc émissaire et résilience** (Éric Verdier)
- **Enjeux de la psychiatrie sociale** dans un monde globalisé (Pr Driss Moussaoui)
- **Paradigmes de la stigmatisation** (Pr Norman Sartorius)

Coupon d'inscription du Colloque – Formation à retourner : LFSM / Colloque 2013 – 11, rue Tronchet – 75008 PARIS

M., Mme, Melle .... Fonction : ....

Adresse d'envoi des cartons d'entrée : ....

Tél. : .... Fax : .... Courriel : ....

s'inscrit et verse à titre de frais d'inscription : 250 € pour les deux jours dans le cadre de la formation continue avec le livre du colloque aux éditions Dunod ; 200 € pour les deux jours à titre individuel ; tarif groupe / étudiants : nous consulter

Chèque postal ou bancaire libellé à l'ordre de LFSM

Coordination générale : Nataline ALESSANDRINI – Secrétariat et renseignements : Meggy QUINTY
Tél. : 01 42 66 20 70 – Fax : 01 42 66 44 89 – Courriel : lfsm@orange.fr

Post-colloque, mercredi 18 décembre 2013

« Blessures de l'intimité. Les victimes de violences sexuelles entre trauma et résilience »
Nombre de places limité, nous contacter pour les inscriptions
Tél. : 01 42 66 20 70 – Courriel : lfsm@orange.fr

Formations LFSM (sur site et en institution)
Thématiques (entre autres) : La responsabilité des travailleurs sociaux,
L'autorité parentale, Violence et famille, Aliénation parentale, Trauma et résilience...

www.lfsm.org